جامعة مؤتة
عمادة الدراسات العليا

قياس الفجوة في جودة الخدمات الصحية
دراسة مقارنة بين القطاعين العام والخاص في مدينة عمان

إعداد الطالبة
منى عوض الخرشة

إشراف
الدكتور محمد عواد

رسالة مقدمة إلى عمادة الدراسات العليا
استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في
إدارة الأعمال (MBA) / قسم إدارة الأعمال

جامعة مؤتة، 2013

الآراء الواردة في الرسالة الجامعية لا تُعبر
بالضرورة عن وجهة نظر جامعة مؤتة

MUTAH UNIVERSITY
Deanship of Graduate Studies

جامعة مؤتة
عمادة الدراسات العليا

نموذج رقم (14)

قرار إجازة رسالة جامعية

تقرر إجازة الرسالة المقدمة من الطالبة منى عوض الخرشة الموسومة بـــ:

قياس الفجوة في جودة الخدمات الصحية دراسة مقارنة بين القطاعين العام والخاص في مدينة عمان

استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الاعمال MBA .

القسم: إدارة الأعمال.

	التوقيع	التاريخ	
د. محمد سليمان عواد		2013/4/30	مشرفاً ورئيسا
د. أيمن سليمان القطاونة		2013/4/30	عضواً
د. أمين عايد البشايشة		2013/4/30	عضواً
أ.د. نضال صالح الحوامدة		2013/4/30	عضواً

عميد الدراسات العليا

أ.د. عبدالفتاح خليفات

MUTAH-KARAK-JORDAN
Postal Code: 61710
TEL :03/2372380-99
Ext. 5328-5330
FAX:03/ 2375694
e-mail: dgs@mutah.edu.jo sedgs@mutah.edu.jo
http://www.mutah.edu.jo/gradest/derasat.htm

مؤته – الكرك – الاردن
الرمز البريدي :61710
تلفون :03/2372380-99
فرعي 5328-5330
فاكس 03/2 375694
البريد الالكتروني
الصفحة الالكترونية

الإهداء

إلى كل العاملين في القطاع الصحي

إلى من يواضبون العمل ليلاً ونهاراً

لتقديم يد العون والمساعدة للمرضى

وخصوصاً الملاك التمريضي

وإهداء خاص جداً إلى من أعجز عن شكرها مدى حياتي الحبيبة الغالية أختي أم سدين

منى الخرشه

الشكر والتقدير

يسرني أن أتقدم بجزيل الشكر، وعظيم الامتنان، وصادق التقدير، لأستاذي الفاضل الدكتور محمد عواد لإشرافه على هذه الأطروحة، وعلى توجيهاته المستمرة، وملاحظاته القيّمة التي كان لها الأثر الكبير في إخراجها بهذه الصورة، فإنني لن أستطيع إيفاءه حقه من الشكر والتقدير والامتنان؛ راجيةً الله تعالى أن يجزيَه خير جزاء.

والشكر موصول لجميع أعضاء هيئة التدريس بقسم إدارة الأعمال، الذين غمروني بعلمهم، وأدين لهم بالفضل في وصولي لهذه المرحلة. كما أتوجه بالشكر لكل من ساهم في تحكيم أداة هذه الدراسة وقدم لي النصح والتوجيه وكان لملاحظاتهم القيمة الدور الكبير في ظهورها بصورتها المشرقة.

ويشرفني أن أتقدم بجزيل الشكر إلى أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة وتحملهم عناء قراءتها ومراجعتها وإثرائها بملاحظاتهم القيمة.

وختاماً، فإن الباحثة - وهي تعرب عن امتنانها العظيم لكل من ساهم في مساعدتها في هذه الدراسة - لترجو الله أن تكون هذه الأطروحة في مستوى تلك المساعدة.

والله ولي التوفيق

منى الخرشه

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

قائمة الملاحق

الملخص

قياس الفجوة في جودة الخدمات الصحية

دراسة مقارنة بين القطاعين العام والخاص في مدينة عمان

منى الخرشة

جامعة مؤتة، 2013

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى جودة الخدمات الصحية المتوقعة والمدركة في المستشفيات الحكومية والخاصة والتعرف على طبيعة الفجوة في الخدمة المقدمة اعتمادا على نموذج جودة الخدمة (SERVQUAL) والذي يتكون من خمسة متغيرات (الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، الملموسية والتعاطف). ومن أجل تحقيق هذا الهدف تم تطوير عدد من الفرضيات والأسئلة واختبارها باستخدام برنامج (SPSS).

تم الاعتماد على استبانة مكونة من 46 سؤالا على مقياس ليكرت الخماسي (23 فقرة للخدمة المتوقعة و 23 فقرة للخدمة المدركة) وتوزيعها على عينة ملائمة حجمها 400 مريض. بلغ عدد الاستبانات التي تصلح للتحليل 397 استبانة بمعدل استجابة (99.25%).

وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج من أهمها:

1. أن إدراكات المرضى لجودة الخدمة المتوقعة كانت مرتفعة في مستشفيات القطاع العام والخاص، إلا أنها كانت أعلى في مستشفيات القطاع الخاص.
2. أن إدراكات المرضى لجودة الخدمة المدركة كانت متوسطة في مستشفيات القطاع العام ومرتفعة في مستشفيات القطاع الخاص.
3. هناك فجوة سالبة كبيرة بين الخدمات المدركة والخدمات المتوقعة في مستشفيات القطاع الحكومي في مدينة عمان.
4. هناك فجوة سالبة قليلة بين الخدمات المدركة والخدمات المتوقعة في مستشفيات القطاع الخاص في مدينة عمان.

Abstract

Measuring health services quality gap a comparative study between public and private sectors in Amman city

Muna Al-khresheh

Mu'tah University, 2013

This study aimed at identifying the level of expected and perceived health services' quality at government and private hospitals and the nature of the gap in the offered services, based on the service quality model (SERVQUAL) which consists of five variables (responsiveness, reliability, assurance, tangibility and empathy). In order to achieve this goal, several hypotheses and questions were formulated and tested using SPSS.

A questionnaire consisting of 46 five point likert scale type items (23 for expected service and 23 for perceived service) were adapted and distributed to a convenience sample of 400 patients. 397 questionnaires were suitable for analysis with a response rate of (99.25%)

The results showed that:

1. The patients' perceptions of expected service quality were high in the public sector hospitals and private, but it was higher in the private sector hospitals.
2. The patients' perceptions of perceived service quality were moderate in the public sector hospitals and high in the private sector hospitals.
3. There is a large negative gap between perceived and expected services in the public sector hospitals in Amman city.
4. There is a small negative gap between perceived and expected services in the private sector hospitals in Amman city.

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

1.1 مقدمة

أدى التطور التكنولوجي الهائل الذي يشهده العالم إلى تطور كافة القطاعات، ومن بينها قطاع الخدمات، ومن أبرز المنظمات الخدميـــة المســتشفيات والمراكـــز الصحية التي تقدم الخدمة الصحية للأفراد والجماعات في المجتمع، سواء كانت هذه الخدمات وقائية أم علاجية أم جراحية، لذا أصبح لزاما على القـــائمين علـــى إدارة قطاع الخدمات الصحية تطبيق المنهج العلمي وتطبيق التطورات المذهلة في العلـــوم والتكنولوجيا لتحسين جودة الخدمة الصحية للمرضى لإشباع حاجـــاتهم وتطلعـــاتهم (الضمور وبوقجاني، 2012).

وقد أصبح موضوع جودة الخدمات الصحية من المواضـــيع الأساســـية فـــي تسويق هذه الخدمات، كما أن هذا الموضوع هو محل الاهتمام والتركيز مـــن قبـــل إدارات المستشفيات والمرضى من خدمات الخدمة الصحية والأطبـــاء والجهـــات الممولة لهذه الخدمات، حيث تركز هذه الأطراف المتعددة علـــى موضـــوع جـــودة الخدمة الصحية لتحقيق أهدافها ومصالحها، إذ أن الخلل والأخطاء في جودة الخدمة الصحية غير مقبول وتتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفســي، وبالتالي لا بد من التطلع إلى ممارسة صحية خالية من العيوب (نصيرات، 2008).

كما أصبحت جودة الخدمات الصحية وتحقيق رضا المـــريض هاجـــساً للمؤســـسات الصحية، حيث أصبح رضا المريض محور اهتمامها، ودائمة البحث والتعرف علـــى حاجات وتوقعات المريض ، وتقديم الرعاية والعناية الصحية تحقق رضـــاه وولائـــه للمؤسسة التي تقدمها، خاصة وأن ثورة تكنولوجيا الاتصالات والمعلوماتيـــة مكنـــت المريض من المفاضلة بين الخدمات حسب رغباته واختياراته (بـــاكير، وخرابـــشة، 2006).

ويعد تحقيق مستوى عال من جودة الخدمات الصحية للمريض من الوظـــائف الأساسية للقطاع الصحي وهو أمر مرتبط بتوافر حسن التدبير التقني للرعاية الطبية

المتعلق بتطبيق العلوم التكنولوجية الطبية وحسن العلاقة المتبادلة بين مقدمي الخدمة الطبية والمرضى منها وملاءمة كفايتها للمرضى دون زيادة أو نقصان وبما يضمن تحقيق المنافع الصحية.

لذلك أصبحت جودة الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي ضـــرورة لازمـــة تزداد أهميتها بازدياد حاجات ورغبات وتوقعات المرضى من الخدمة وازدياد قدرة المنظمة على تحقيق تلك الاحتياجات والرغبات والتوقعات(عليوة، 2000). واعتمادا على ما تقدم تحاول الدراسة الحالية قياس الفجوة في جودة الخدمات الصحية دراسة مقارنة بين القطاعين العام والخاص في مدينة عمان.

2.1 مشكلة الدراسة

يعد قطاع المستشفيات الحكومية والخاصة المزود الرئيسي للخدمات الصحية للمواطنين، وأصبح هذا القطاع يتعرض لضغوطاً كبيرة نتيجة الصعوبات الماليـــة، والتغيرات التشريعية والسياسية، وانتقاد المعايير والآليات المستخدمة، وذلك جنباً إلى جنب مع الضغوط الداخلية والرغبة المتزايدة في تحسين جودة الخدمة، ممـــا رتـــب على إدارة هذه المستشفيات أعباءً والتزامات كي تكون ناجحة بجودة خدماتها التـــي ترضي المرضى. وعلى الرغم من أن تلك المستشفيات تتبنـــى مبـــادرات لجـــودة الخدمة، إلاّ أنها تفتقد إلى مقاييس مُعتمدة يمكن أن تستخدمها لقياس جودة خـــدماتها وتستند فيها على مُدركات المرضى لجودة الخدمة.

وتواجه المنظمات الصحية تحديات كبيرة في سبيل تطوير وتحـــسين أدائهـــا ومن ابرز التحديات هي ازدياد حدة المنافسة العالمية والتغير المستمر فـــي ســـلوك المرضى والذين ينظرون إلى الجودة كمعيار أساسي للمفاضلة بين الخدمات المقدمة لهم.

إن ضعف هذه الخدمات يعد من المشاكل الرئيـــسية التـــي تواجـــه القطـــاع الصحي؛ ذلك أنّ ارتباط المريض بهذا النوع من الخدمات عالٍ جداً بسبب أهمية هذه الخدمة للمريض حيث أنها تتعلق بالحالة الصحية والبدنية له الأمر الذي يدفعه إلـــى التركيز بشكل كبير على جودة الخدمات التي تقدم له. والكثير من المرضى يـــرون

أنّ مستوى الخدمات المقدمة في المستشفيات الحكومية أقل بكثير من مستوى جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة (باكير و خرابشة، 2006).

وبناءا على ماسبق، فإن مشكلة هذه الدراسة تكمن في التعرف على قدرة المستشفيات الحكومية والخاصة على تقديم مستويات عالية من الخدمات الصحية التي تلبي حاجات المرضى من الخدمات الصحية المختلفة، وكذلك قياس الفجوة بين مستويات جودة الخدمات المقدمة فعلاً من قبل المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة عمان وبين مستويات جودة الخدمات المتوقعة من وجهة نظر المرضى.

3.1 أسئلة الدراسة

تحاول هذه الدراسة الإجابة عن التساؤلات التالية:

1. ما هو مستوى الخدمات الصحية المتوقعة من قبل المرضى والتي تقدمها المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة في مدينة عمان؟
2. ما هو مستوى الخدمات الصحية المدركة من قبل المرضى والتي تقدمها المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة في مدينة عمان؟
3. هل هناك فجوه بين مستوى الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة في المستشفيات الحكومية في مدينة عمان؟.
4. هل هناك فجوه بين مستوى الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة في المستشفيات الخاصة في مدينة عمان؟

4.1 أهمية الدراسة

تنبع أهمية هذه الدراسة من خلال ما يلي:

أولاً: تتناول هذه الدراسة واحدة من القضايا الهامة التي تمس جوهر العمل في القطاع الصحي بشكل وثيق، فهذا القطاع يتميز بأنه يعمل في بيئة أصبح التطور والتغيير والتجديد سمتها الأساسية، والاستجابة لهذا التطور والتغير أصبح ضرورة ملحة خصوصاً في ظل تسارع التغيرات التقنية والاجتماعية والاقتصادية.

ثانيا: أن قياس الفجوة في جودة الخدمات الصحية المقدمة يسهم في زيادة فعالية أداء هذا القطاع وزيادة الجودة لمواكبة التطور المستمر والمتسارع في النشاطات الصحية حول العالم كون هذا القطاع لا يحتمل الخطأ.

ثالثاً: تعد هذه الدراسة من الدراسات القليلة (حسب علم الباحثة) التي تبحث في موضوع الجودة المتوقعة والمدركة في مستشفيات القطاعين العام والخاص والمقارنة بينهما من وجهة نظر المرضى.

5.1 أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق ما يلي:

1. قياس الفجوة في جودة الخدمات الصحية بين القطاعين العام والخاص.
2. التعرف على مستوى جودة الخدمات المتوقعة والمدركة في المستشفيات الحكومية والتعرف على طبيعة الفجوة في الخدمة المقدمة في مدينة عمان.
3. التعرف على مستوى جودة الخدمات المتوقعة والمدركة في المستشفيات الخاصة والتعرف على طبيعة الفجوة في الخدمة المقدمة في مدينة عمان.
4. مقارنة الفجوة في الخدمات المقدمة من قبل مستشفيات القطاع الحكومي ومستشفيات القطاع الخاص في مدينة عمان.

6.1 فرضيات الدراسة

استناداً إلى الإطار النظري والدراسات السابقة فإن الدراسة قامت على الفرضيات الآتية:

الفرضية الأولى: يوجد فجوة سلبية بين مستوى الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة التي تقدمها مستشفيات القطاع العام.

الفرضية الثانية: يوجد فجوة ايجابية بين مستوى الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة التي تقدمها مستشفيات القطاع الخاص في مدينة عمان.

الفرضية الثالثة: يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الخدمات المتوقعة بين القطاعين العام والخاص في مدينة عمان.

الفرضية الرابعة: يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الخدمات المدركة بين القطاعين العام والخاص في مدينة عمان.

7.1 التعريفات الإجرائية

جودة الخدمات الصحية: وتعرف جودة الخدمة الصحية حسب مقياس الفجوات (SERVQUAL) على أنها معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة الصحية مع توقعات المرضى.

الدليل المادي الملموس : ويشير هذا البُعد للأجهزة والمعدات والبرمجيات والتقنيات والعاملين ووسائل الاتصال المستخدمة في المستشفيات الحكومية والخاصة.

الاعتمادية: وتعني قدرة المستشفيات الحكومية والخاصة على تقديم الخدمات المطلوبة إلى المرضى بدقة واستقلالية وإلى قدرتها على الالتزام بالوعود التي تقطعها على نفسها تجاه المرضى.

الاستجابة: ويشير هذا البُعد لرغبة العاملين في المستشفيات الحكومية والخاصة في خدمة المرضى واستجاباتهم لمطالبهم، وتقديم العون والمساعدة للمرضى.

الأمان والثقة: وتعني قدرة المستشفيات الحكومية والخاصة في خلق الثقة بين المرضى، وأن يشعر المرضى بالأمان عند تعاملهم مع العاملين في المستشفى.

التعاطف: وتعني الاهتمام الزائد من قبل العاملين في المستشفيات الحكومية والخاصة بالمرضى بحيث تكون المصلحة العليا للمريض في صلب اهتماماتهم.

8.1 حدود الدراسة

لضمان تحقيق أهداف الدراسة، فقد تم وضع عدد من الحدود التي تساعد في توجيه هذه الدراسة نحو تحقيق أهدافها، وذلك على النحو التالي:

الحدود البشرية (مجتمع الدراسة): اقتصرت هذه الدراسة على عدد من المرضى من مراجعي المستشفيات العامة والخاصة.

الحدود المكانية (مكان الدراسة): اقتصرت هذه الدراسة على المستشفيات العامة والخاصة في مدينة عمان بمناطقها الثلاث الشرقية والوسطى والغربية.

الحدود الزمانية (وقت إجراء الدراسة): تم تطبيق البحث ميدانيا خلال الفصل الأول (من شهر كانون ثاني إلى شهر نيسان) من عام 2012.

9.1 تنظيم الدراسة:

تقع هذه الدراسة في خمسة فصول رئيسية تغطي الإطار النظري و الدراسة الميدانية وهي على النحو التالي:

الفصل الأول: **خلفية الدراسة ومشكلتها**

يتضمن هذا الفصل على مقدمة تهدف لوضع المشكلة في إطارها العام، تحديد مشكلة الدراسة، تعريف مصطلحات الدراسة، أسئلة الدراسة، فرضيات الدراسة، أهمية الدراسة، حدود الدراسة وتنظيم الدراسة.

الفصل الثاني: **الإطار النظري والدراسات السابقة**

يتضمن هذا الفصل الأساس أو الإطار النظري الذي انطلقت منه مشكلة الدراسة بالإضافة إلى استعراض أهم الدراسات السابقة ذات الصلة بمشكلة الدراسة الحالية.

الفصل الثالث: **المنهجية والإجراءات**

يشتمل هذا الفصل على مجتمع الدراسة وعينتها، أدوات الدراسة، إجراءات الدراسة، محددات الدراسة، تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية.

الفصل الرابع: **نتائج الدراسة**

يتضمن هذا الفصل الإجابة على أسئلة الدراسة اختبار فرضياتها، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة المتغيرات التي تم قياسها، مع مقارنة النتائج التي تم التوصل إليها مع نتائج الدراسات السابقة، و ذلك لبيان مدى اتفاقها أو اختلافها مع الدراسة الحالية.

يحتوي أيضاً على عرض لأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة، كما يستخلص عدداً من التوصيات والاتجاهات المستقبلية للبحث.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

1.2 مفهوم جودة الخدمة الصحية

يعد مفهوم جودة الخدمة الصحية من المفاهيم المعاصرة، وزاد الاهتمام به في نهاية الثمانينات وبداية التسعينيات بسبب كثرة الأزمات الصحية لتحقيق رضا المرضى، بما يساهم في عودته ومراجعته إلى المنظمة المعنية، لأن رضا المريض يؤدي دوراً مهماً في الحكم على جودة الخدمة الصحية (السامرائي، 2002).

ويمكن تعريف جودة الخدمة الصحية على "أنها تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر"، وعلى هذا الأساس فان درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة بين المخاطر والفوائد. ويتطرق هذا التعريف على ما هو موجود من رعاية للمريض من تقديم الدواء والغذاء والمعاملة الجيدة والأخصائي الاجتماعي وتتضمن أيضا فحص المريض وتشخيص مرضه وحسن معاملة القوى الطبية له حتى تساعده على استعادة صحته وتوجيه الخدمة الاجتماعية لتذليل أي مشكلة تعترض راحته الجسمية أو النفسية داخل المستشفى أو خارجها (نياز، 2004). كما يمكن تعريف جودة الخدمة الصحية على أنها جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا والقبول لدى المريض مقابل الثمن ودون أن يتضمن أي خطأ.

وما يميز هذا التعريف أن الخدمة يجب أن تحظى برضا المريض ويجب أن تقدم دون أخطاء ولعل هذا الأمر يبرز في مجال الخدمات الصحية أكثر من غيرها(البكري، 2005: 212).

كذلك عرف (غنيم، 2006: 336) جودة الخدمة الصحية على أنها "مجموعة من الأنشطة والوظائف والعمليات والتي يمثل الشق الرئيسي لنتائجها الجانب غير الملموس، والتي يتزامن وقت قيام طبيب أو مستشفى بإنتاجها مع وقت استهلاك مريض أخر أو مجموعة من المرضى لها من خلال الاتصال المباشر بين كل من

الطرفين وذلك سعيا وراء حل مشاكل الطرف الثاني (المريض) الصحية، وتحقيــق أهداف الطرف الأول (الطبيب أو المستشفى).

أما (عبود، 2009: 5) فقد عرفها من المنظور الطبي أو المهني علـــى أنهـــا تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنيـــة ويـــتحكم فـــي ذلـــك أخلاقيات ممارسة المهنة ونوعيتها وطبيعة الخدمة الصحية المقدمة، أما من المنظور الإداري فتعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم الخدمة المتميزة، ومن وجهة نظر المريض فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية".

وينظر (Palmer, 1999) إلى جودة الخدمة الصحية من الزوايا التالية:

1. المريض: على أنها ما يوفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف والاحترام.
2. الطبيب: وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدما والمهارات الطبية فـــي خدمـــة المريض.
3. المالكين: الحصول على أحسن العاملين وأفضل التـــسهيلات لتقـــديم الخدمـــة للمرضى .
4. إدارة المستشفى: تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمات الصحية، ويقصد بـــالجودة الطبية من المنظور المهني الطبي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكمها أخلاقيات الممارسة الصحية، والخبرات ونوعيتهـــا والخدمة الصحية المقدمة، والتعامل المثالي مع المريض والإداري، والالتزام بالمعايير والأخلاقيات التي تحكم المهن الصحية والتأهيل والممارسة والخبـــرة والخدمة.

كما تعني جودة الخدمة الصحية مجموعة الإجراءات الموضوعة مـــن قبـــل المنظمات الصحية لضمان تحقيق مستويات عالية من الخدمات الصحية للمرضـــى، وهي شكل من أشكال الطرائق التي تستخدمها المنظمة الصحية لتميز نفـــسها عـــن المنظمات الصحية الأخرى المشابهة لها في النشاط عن طريق تكوين صورة عـــن نفسها تتحـــدد مـــن خلالهـــا شخـــصيتها علـــى جميـــع المـــستويات (Kotler & Armstrong, 1994).

وذكر (الديوجي وعبدالله، 2003: 14) تعريف منظمة الصحة العالمية لجودة الخدمات الصحية بأنها "التماشي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من قبل المجتمع وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، والإعاقة وسوء التغذية". وعرف (سعد، 2004: 116) جودة الخدمة الصحية على أنها أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الخدمة الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى. كما عرفها (العسالي، 2006: 11) على أنها تقديم خدمات صحية أكثر أماناً وأسهل منالاً وأكثر إقناعاً لمقدميها وأكثر أرضاءً للمرضى منها بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية إلى الخدمة الصحية المقدمة. أما الوكالة الأمريكية للأبحاث والسياسات الصحية فقد عرفت جودة الخدمة الصحية على أنها (Brown, 2005):

1. تقديم الرعاية الطبية الصحيحة للمريض الصحيح وبطريقة صحيحة.
2. توافر خدمات الخدمة الصحية للمرضى عند حاجتهم لها وتقديم المعلومات الدقيقة للمرضى حول حالتهم الصحية، وقدرتهم على المشاركة في التخطيط للعلاج، ومعرفة مخاطر الحالة المرضية وفوائد العلاج المقترح، وتقديم خدمات الخدمة الصحية الآمنة وبطريقة تحميهم من المخاطر.
3. حصول المرضى على خدمات الخدمة الصحية ضمن إطار من الاحترام لحقوق المرضى والعاملين.

وأخيرا، عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الخدمة الصحية خدمات الخدمة الصحية بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة" (مخيمر والطعامنه، 2003: 187).

2.2 أهداف جودة الخدمة الصحية:

تسعى المنظمات الصحية لتقديم الخدمات الصحية بأعلى جودة تحقيقاً للعديد من الأهداف منها:

1. ضمان الصحة البدنية والنفسية للمرضى من خدمات الرعاية الصحية.

2. تلبية منظمات الخدمة الصحية لرغبات المرضى منها، على النحو الذي يتطابق مع توقعاتهم ويحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة إليهم.
3. ملائمة العلاج والرعاية المقدمين لمختلف الحالات المرضية (الأحمدي، 2009)
4. تعد معرفة أراء وانطباعات المرضى عن الخدمات الصحية وقياس مستوى رضاهم عنها وسيلة مهمة في مجال البحوث العلمية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها (سعد، 2004).
5. تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المرضى من الخدمة الصحية والقائمين على تقديم الخدمات الصحية.
6. تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.
7. تحقيق مستويات إنتاجية أفضل إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الخدمة الصحية المقدمة إلى المرضى الهدف الأساس من تطبيق الجودة.
8. كسب رضا المريض إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لابد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضا المريض.
9. تحسين معنويات العاملين في المنظمات الصحية للحصول على أفضل النتائج (خوجة، 2003).

3.2 قياس جودة الخدمات الصحية

هناك عدة مداخل لقياس جودة الخدمة الصحية منها(عاشور والعبادلة، 2007):

أولاً: مدخل النتائج والعمليات:

ويركز على مكونات الخدمة والتي تتمثل في النتائج والعمليات وينظر للنتائج على أنها الإنجاز أو عدم الإنجاز للغاية النهائية من الخدمة.

ثانياً: مدخل الفجوة في الإدراك:

تعرف جودة الخدمة الصحية ضمن أسلوب الفجوات على أنها الفرق بين توقعات المرضى للخدمة وإدراكهم للأداء الفعلي. وقد حدد (Parasumann,

1985) نقلاً (الضمور وبوقجاني، 2012) الفجوات الخمس بين توقعات المرضى وجودة الخدمة فهي كما يلي:

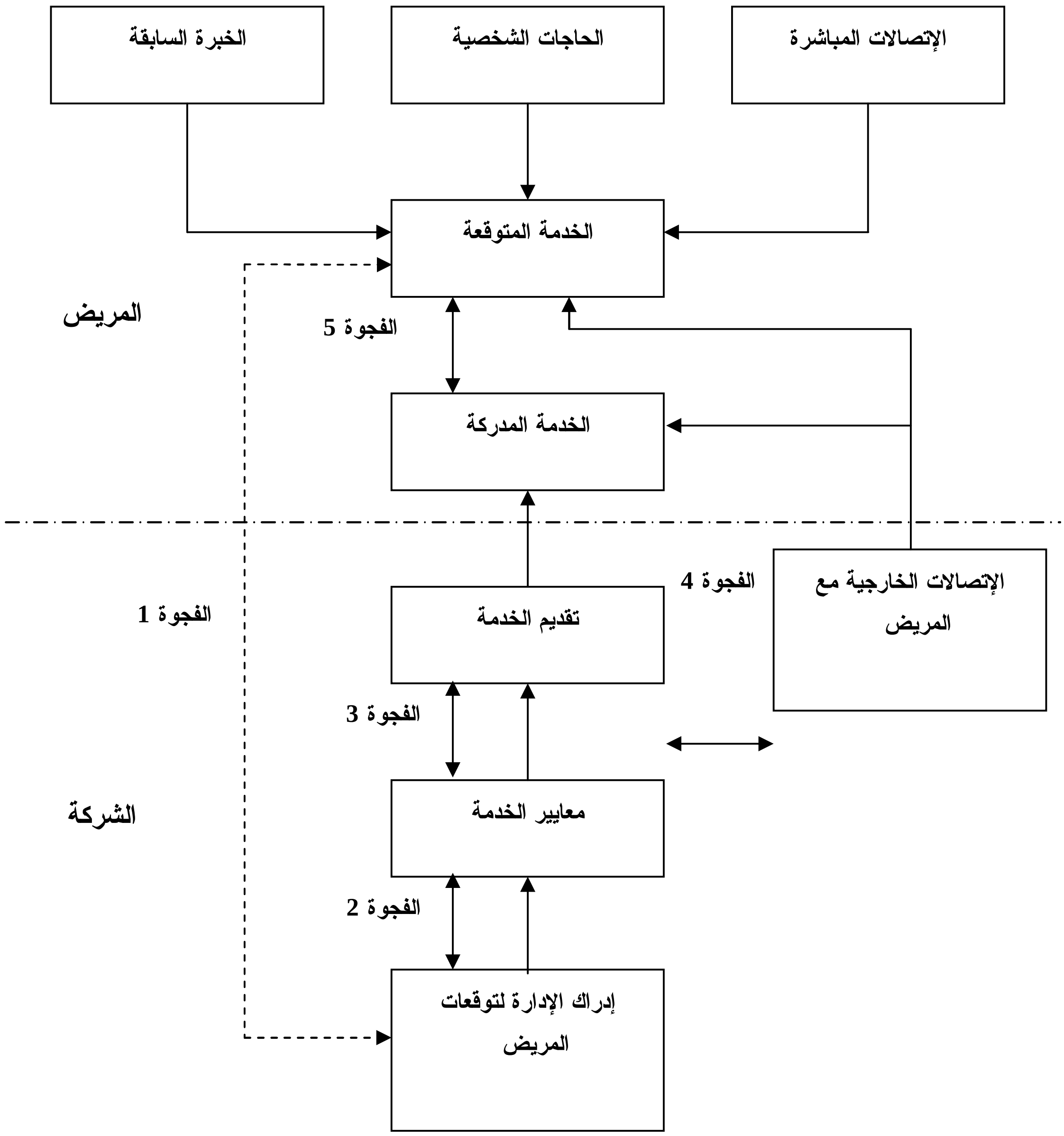
1. الفجوة الأولى: التباين بين توقعات المرضى لجودة الخدمة وإدراك إدارة المستشفى لتوقعاتهم، أي عجز الإدارة عن معرفة احتياجات ورغبة المرضى المتوقعة. فقد لا تفهم الإدارة ملامح جودة الخدمة التي يطلبها ويتوقعها المرضى وما تحتاجه هذه الجودة من تحسين لتلبية احتياجاتهم وحتى تكون بمستوى جودة عال.
2. الفجوة الثانية: وهي بين مواصفات جودة الخدمة وإدراك إدارة المستشفى لتوقعات المرضى بمعنى انه لو كانت حاجات المرضى المتوقعة ورغباتهم معروفة للإدارة فانه لن يتم ترجمتها إلى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة بسبب قيود تتعلق بموارد المنظمة أو التنظيم أو عدم قدرة الإدارة على تبني فلسفة الجودة.
3. الفجوة الثالثة: وتظهر بسبب الاختلاف بين ادراك ادارة المستشفى لمواصفات جودة الخدمة الصحية ومواصفات الخدمة المقدمة فعليا، وتنتج هذه الفجوة بسبب صعوبة وضع معايير موحدة لتوحيد الأداء وتقديم الخدمة الصحية أو ضعف مستوى المهارات لدى القائمين على أداء الخدمة بمستوى معين بسبب ضعف الدعم الكافي لموظفي الخط الأول.
4. الفجوة الرابعة: بين الاتصال الخارجي مع المرضى عن مستوى الخدمة الصحية وبين مواصفات الخدمة المقدمة فعليا، اذ أن توقعات المرضى تعتمد على الاتصالات الخارجية للمستشفى المقدم للخدمة الصحية، فالتوقعات الواقعية تبني إدراك ايجابي أكبر لجودة الخدمة.

ولهذا فأن على إدارة المستشفى التأكد من مواد التسويق والترويج تصف بدقة الخدمة الصحية المقدمة فعليا والطريقة التي تسلم بها الخدمة لان ذلك يؤثر في ادارك متلقي الخدمة الصحية من المرضى لجودة الخدمة المقدمة لهم، فحصول خلل في مصداقية المستشفى من خلال الإخلال بالوعود التي يعلنها عن مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة ومواصفاتها تنشأ هذه الفجوة.

5. الفجوة الخامسة: التباين بين توقعات المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة وبين ادراكاتهم للخدمة المقدمة فعلياً، ويعتمد نشوء هذه الفجوة على حجم وتوجه الفجوات الأربعة السابقة والتي لها تأثير في طريقة تسليم الخدمة ووجود الفجوات الأربعة السابقة يقود إلى نشوء الفجوة الخامسة.

شكل رقم 1

فجوات جودة الخدمة



Source: Parasumann, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1985) Conceptual Model of Service Qualityand Its implications for Future Research, **Journal of marketing**, 49(1).

ثالثا: مقياس الاتجاهات للأداء الفعلي للخدمة(SERVPERF):

ومن الأبعاد التي أشار إليها مقياس (SERVPERF) ما يلي (العنزي،2007؛ الشميري، 2001):

1. الاعتمادية Reliability: وتعني الاتساق في الأداء وإنجاز الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه. وهي تقديم الخدمات بشكل صحيح ودائم وبالدرجة الأولى وفقاً للمواعيد المحددة وبدون تأخير وبأعلى درجة من الدقة.
2. الاستجابة(Responsiveness): وهي تقديم الخدمات بشكل فعال وقوي من دون تردد أو انتظار لمعرفة التفاصيل الرسمية للحالة ورغبة الكادر الوظيفي بتقديم المساعدة للمرضى وبشكل دائم.
3. اللباقة (Courtesy): أن يكون مقدم الخدمة على قدر من الاحترام والأدب وأن يتسم بالمعاملة الودية مع الزبائن وهذا يشير إلى الصداقة والاحترام.
4. الأمن (Security): وتشير إلى خلو المعاملات في المنظمة من الشك والمخاطرة.
5. الملموسية (Tangibles): وتشير إلى تقييم جودة الخدمة من قبل المريض في ضوء مظاهر التسهيلات المادية مثل: (المعدات، الأجهزة، الأفراد ووسائل الاتصالات).

4.2 أبعاد جودة الخدمات الصحية:

هناك مجموعة من المعايير التي تستخدم دلائل ومعايير للجودة، منها.

1.4.2 الاستجابة: Responsiveness

وتتعلق الاستجابة بمدى قدرة ورغبة واستعداد مقدمي الخدمة في أن يكونوا بشكل دائم في خدمة المرضى وقدرتهم على أداء الخدمة لهم عند احتياجهم لها، فالاستجابة تعكس الرغبة أو الرضا بمساعدة المريض وتقديم الخدمة السريعة. (الضمور وبوقجاني، 2012). وتعني الاستجابة في مجال الخدمات الصحية مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمرضى عند احتياجهم لها(ديوب، وعطية، 2005).

كما تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم، وحالتهم، وخلفيتهم، يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج، وتشمل الاستجابة في مجال الخدمة الصحية المتغيرات الآتية: (السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي، وأخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاء منها) (حامد، 2002: 20). كما ذهب (Shaikh & Rabbani, 2005) إلى أن الاستجابة تعني قيام العاملين في المستشفى من أطباء وممرضين وفنيين وإداريين بتقديم عناية سريعة للمريض اعتماداً على احتياجاته للعناية وبأقصر وقت ممكن.

والاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية تشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها، فضلاً عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمرضى (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة انجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها (Chang,2008).

2.4.2 الاعتمادية: Reliability

تلعب الاعتمادية الدور الرئيسي والأول في الحكم على جودة الخدمة المقدمة للمستفيد (الضمور، 2008). ويرى (Cronin and Tylor,1994) بأن الاعتمادية تعني قدرة مقدم الخدمة الصحية (الطبيب، المحلل، الممرض، وغيرهم) على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، فضلاً عن تقديمها بدرجة عالية من الدقة والصحة. فالاعتمادية تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على الإيفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات. أي تقديم الخدمة في الوقت المحدد بالدقة المطلوبة ومدى الوفاء بالالتزامات (الشميري، 2001).

ويرى (Slack,et.al,2004) بأن الاعتمادية في مجال الخـدمات الـصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمرضى (المرضى) فـضلاً عـن تـسليم نتـائج الفحوصات المختبرية والأشعة وغيرها إلى المرضى حـسب المواعيـد المحـددة وكذلك تخفيض نسبة المواعيد الملغاة إلى أدنى حـد ممكـن. وبـين (Shaik and Rabbani,2005) بأن الاعتمادية في الخدمات الصحية يمكن التعبير عنها بأنها حل أو إيجاد الحلول للمشاكل المتوقعة فضلاً عن أعطاء الحلول المطلوبة للمشاكل.

وتعني الاعتمادية قابلية أداء الخدمة الصحية الموعودة بموثوقية ودقة عالية، وفي مجال الخدمة الصحية يشير إلى قدرة المنظمـة الـصحية علـى تقـديم وأداء الخدمات الصحية بالجودة الموعودة للمرضى منها (المرضى والمراجعين للمنظمـة الصحية) في الوقت المحدد وبموثوقية وبمطابقة ودقة عالية وثبات وبـدون أخطـاء ويمكن الاعتماد عليها، فضلاً عن أعطاء الحلـول الـصحيحة للمـشاكل المتوقعـة والحرص على حل مشكلات المريض مما يعطي ذلك المريض (المريض) أحساس وثقة بأن حياته بين أيدي أمينة وأن ثقته في الأطباء والإحصائيين عالية مـن حيـث الدقة وعدم الأخطاء في الفحص والتشخيص والعلاج، وكذلك ثقة المـريض بـأن حساباته المالية سليمة عند مغادرته المنظمـة الـصحية (المستـشفى) (Evans & Collier, 2007).

3.4.2 الضمان: Assurance

أن الضمان في مجال الخدمة الصحية ناتج عن اعتمـاد أو ثقـة المرضـى بمؤهلات وقدره الكادر الصحي (Shaikh,2002). ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب بعد الضمان: سمعة ومكانة المستشفى، والمعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي، والـصفات الشخـصية للعـاملين(البكـري، 2005). والضمان يعني المعرفة وحسن معاملة المستخدمين " مقـدمي الخدمـة " وقـابليتهم لإشاعة أو نشر روح الثقة والصدق، وأيضاً تشمل الاتصالات الشفوية والتحريريـة بين مقدمي الخدمات والزبائن، ويتضمن الضمان مجموعة من العناصر منها: الثقـة

بالمستشفى، وتأهيل الطبيب وكفاءته، ومدى تمتع العــاملين بالمستــشفى بالكياســة واللطف (Shaikh and Rabbani ,2005).

ويقصد بالضمان الأمان الكافي المحيط بمكان تقديم الخدمة وشــعور متلقــي بالحصول عليها بشكل مرضي وجيد، والمحافظة على سرية وخصوصيات المرضى من الخدمة، وكذلك الاطمئنان على أرواح وممتلكات طالبي الخدمة. وفــي مجــال الخدمة الصحية يقصد بالضمان تأكيد أدارة المنظمة الصحية على الجودة الــصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء، ممرضين، وغيرهم) فــضلاً عــن تــوفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صــحية بجودة مطابقة (رشود، 2008).

4.4.2 الملموسية: Tangibles

تشير الملموسية إلى مظهر التسهيلات المادية المتاحة لدى المنظمة الخدميــة والمعدات ومظهر الأفراد المتعاملين مع المرضى وأدوات ووسائل الاتصال معهــم كالتكنولوجيا المستخدمة في تقديم الخدمة والمظهر الداخلي وتصميم المحل وديكوره إضافة إلى المظهر الشخصي (الضمور وبوقجاني، 2012).

وأوضح (Shaikh and Rabbani,2005) بأن بعد الملموسية في مجــال جودة الخدمة الصحية يتضمن مجموعة من العناصر منها: مكاتب الأطباء المناســبة والنظيفة، واستخدام العاملين في المستشفى وسائل أو الآلات القياسية، وتوافر ومدى سهولة فهم الوصفات الطبية (أدوية ومستلزمات طبية). وبــين (ديــوب، وعطيــة، 2005) بأن المريض من الخدمة قادر على تقييم الخدمــة الــصحية بنــاءاً علــى التسهيلات المادية المتوافرة في مكان تقديم تلــك الخدمــة كــالأجهزة والتقنيــات، والمظهر الداخلي للمستشفى، وكذلك المظهر الشخصي للعاملين).

وتشير الملموسية إلى ضرورة الأخــذ بالاعتبــار موضــوع النظافــة فــي التسهيلات الصحية، واستعمال الأدوات النظيفة والإجراءات القياسية في التــسهيلات وأخيراً الوصفة الطبية التي ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى(Shaikh, 2002). كما أن المقصود بالجوانب الملموسة كبعد من أبعاد جودة الخدمة الــصحية

حداثة وجاذبية المباني، والتصميم الداخلي، والتطور التقني للمعدات والأجهزة وغيرها من التسهيلات المادية المستخدمة في أنتاج وتقديم الخدمة، وكذلك الأثاث والديكور، ومظهر العاملين في مواقع تقديم الخدمة (أدريس، 2006).

والملموسية تشمل على الحقائق والمعطيات المادية للخدمة مثل التسهيلات المادية والمرافق التي يستخدمها المريض والتي تزيد من إقبال المرضى (المرضى والمراجعين للمستشفى) وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها، ونمط التقانة المستخدم وحداثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية (الطبية والمختبرية والأشعة والتمريضية وغيرها) ونظافة العاملين وهندامهم اللائق، ومظهر الأثاث، والديكور وجاذبية المستشفى، والتصميم والتنظيم الداخلي لها (العلي، 2008).

5.4.2 التعاطف (الجوانب الوجدانية) Empathy:

يشير التعاطف إلى درجة العناية والاهتمام بالمريض ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله، والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية، ويشمل هذا البعد على خصائص عديدة منها مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، والاتصالات، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد (محمود، والعلاق، 2001). وعناصر التعاطف هي: العاملين في المستشفى يتمتعون باللطف والكياسة، الطبيب ينادي المريض بأسمه، إعطاء الانتباه الشخصي للمريض(Shaikh and Rabbani,2005). ويقصد بالتعاطف به وضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات العاملين والإدارة، وتوفير العناية الشخصية لكل منهم، والشعور بالتعاطف مع طالب الخدمة عند تعرضه لمشكلة ما، واحترام عادات وتقاليد المرضى . وعليه فأن بعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجعي المنظمة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي فيها. ويقصد به وجود الثقة والاحترام واللباقة واللطف والكياسة والسرية والتفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة

الصحية والمرضى منها (المرضى)، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية، فضلاً عن أن التعاطف يضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المنظمة الصحية والإصغاء لشكوى المريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللطف (ادريس، 2006).

5.2 الدراسات السابقة

1.5.2 الدراسات العربية

قام (الضمور وبوقجاني، 2012) بدراسة بعنوان: أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية (دراسة حالة). هدفت الى معرفة أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية، ولأغراض تحقيق هدف الدراسة تم استخدام أسلوب الاستبانة لجمع المعلومات المطلوبة، حيث تم توزع الاستبانة على عينة ميسرة تعداد مفرداتها (318) مريضاً (مراجعاً) للمستشفى، وقد تم تحليل البيانات الواردة في الاستبانات عن طرق استخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) بالاعتماد على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط بيرسون، وتحيلي الانحدار البسيط وتحليل التباين الأحادي. وقد خلصت الدراسة الى عدد من النتائج من اهمها: ان مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجامعة الاردنية حسب مقياس الفجوات (Servqual) متدن نسبياً وذلك راجع لكون الجودة المتوقعة من قبل المرضى تفوق الجودة المدركة من قبلهم. وأن أهم الابعاد المكونة لجودة الخدمات الصحية السائدة في المستشفى وفقا لمقياس الفجوات (Servqual) هي على التوالي: بعد الملموسية، بعد الاستجابة، بعد الاعتمادية، بعد التأكيد، وأخيراً بعد التعاطف. وبينت النتائج ان هناك أثر ذي دلالة إحصائية لجودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الجامعة الأردنية في درجة ولاء المرضى.

أجرى (ذياب، 2012) دراسة بعنوان: قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين. تهدف

هذه الدراسة إلى قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، وتكون مجتمع الدراسة من جميع المستشفيات التابعة لوزارة الصحة وعددها (30) مستشفى موزعة في مختلف محافظات الأردن الاثنى عشر، أما عينة الدراسة فقد تم اختيارها بطريقة عشوائية من المرضى والموظفين في ثلاث مستشفيات في شمال ووسط وجنوب المملكة ، تم استخدام استبانتين واحدة للموظفين والأخرى للمرضى كأداة رئيسية لجمع البيانات لهذه الدراسة تتناسب وأهداف وأسئلة الدراسة، تم توزيع (300) استبانه على المرضى و (250) أستبانة على الموظفين أعيد منها ما نسبته (90%) من مجموع الأستبانات تقريبا، واستخدمت الوسائط الحسابية وفحص (ت) وتحليل التباين الأحادي لاختبار فرضيات الدراسة. وقد توصلت الدراسة للعديد من النتائج أهمها: أن المستشفيات الحكومية (يتوفر فيها) تطبق أبعاد الخدمة الطبية الاعتمادية،والملموسية، والتعاطف،والأمان باستثناء بعد الاستجابة وذلك من وجهة نظر العاملين في المستشفيات مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذا التوفر (التطبيق) متباين بين الأبعاد الخمسة. وكان تقييم المرضى للأبعاد نفسها متقارب فيما يتعلق بالأبعاد جميعها ما عدا بعدي: الاستجابة والتعاطف. ولم تظهر الدراسة أية فروق في تقييم المرضى لأبعاد الجودة يعزى لأي من المتغيرات الديمغرافية.

وفي دراسة (الدغمي، 2009) بعنوان: مستوى جودة الخدمات في مستشفى قوى الامن بمدينة الرياض. هدفت الى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى من وجهة نظر المرضى ، وقد توصلت الدراسة الى أن جودة الخدمات الصحية (خدمات الرعاية الصحية، خدمات إجراءات الإحالة من المركز الصحي الأولي، خدمات المواعيد في المستشفى) كانت ذات مستوى متوسط، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات العينة بالنسبة لمدى جودة خدمات الخدمة الصحية والخدمات العلاجية وإجراءات الإحالة تعزى الى متغير العمر، بينما تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات العينة بالنسبة لمدى جودة وإجراءات الإحالة تعزى إلى متغير العمر.

جاءت دراسة (عواد، 2009) بعنوان: رضا المنتفعين من خــدمات القطـــاع الصحي الرسمي في محافظة معان –الاردن" والتي هــدفت إلـــى تحديــد العوامــل المؤثرة في رضا المنتفعين من خدمات القطاع الصحي في المحافظة، وشملت عينة الدراسة (659) مبحوثاً. وقد بينت النتائج وجود علاقات إحــصائية وقويـــة بـــين متغيرات الدراسة المستقلة (شمولية خدمات القطاع الصحي الرسمي، التقييم المدرك لإدارة القطاع الصحي من وجهة نظر المنتفعين من خدماته، جودة خدمات القطـــاع، نظام الاتصال والتغذية الراجعة، كفاءة الطاقم الطبي، الوصـــول/الحـــصول علـــى الخدمة) والمتغير التابع (رضا المنتفعين من خدمات القطاع الـــصحي) كمـــا بينـــت النتائج انخفاض مستوى رضا المتفعين عن خدمات القطاع الصحي فـــي محافظـــة معان).

أجرى (علوان؛ ومحمد، 2008) دراسة بعنوان " قياس وتقويم جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الليبية"، وقد شملت الدراسة (5) مستشفيات عامـــة، وبلغت عينة الدراسة (400) مريض. وتوصلت الدراسة إلى ما يلـــي: أن مـــستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة فعلاً من قبل المستشفيات أقل بكثير مـــن مـــستوى جودة الخدمات المتوقعة، كما وتوصلت الدراسة إلـــى أن تقيـــيم مـــستوى الجـــودة للخدمات الصحية تختلف بإختلاف الأهمية النسبية للأبعاد الخمسة المـــستخدمة فـــي قياس جودة الخدمات الصحية، وأوصت الدراسة بضرورة تبني إدارة المستـــشفيات العامة لمقياس الفجوات كمقياس لتحقيق جودة الخدمات الـــصحية، والعمـــل علـــى إشاعته بين المستويات الإدارية المختلفة من أجل ردم الفجـــوات الـــسالبة، وذلـــك بالتركيز على عناصر أبعاد مقياس الجودة المستخدمة في الدراسة.

وفي دراسة أعدها (الحوري، 2008) بعنوان: تشخيص واقـــع تطبيـــق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية، دراسة ميدانية على عينة من المستـــشفيات الخاصة. هدفت الدراسة إلى تشخيص مدى إدراك العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تمثلت في رضا المـــريض (المريض)، والتزام ودعم الإدارة العليا، والتحسين المستمر، بالإضافة إلى إشـــراك الموظفين وتمكينهم، كما هدفت إلى بيان مدى وجود فروقات إحصائية فـــي إدراك

العاملين لأهمية تطبيق المبادئ إضافة إلى بيان العلاقة بين بعض المتغيرات الشخصية (الخبرة، المستوى التعليمي، المستوى الوظيفي، الحجم). ولتحقيق أهداف هذه الدراسة فقد تم تطوير استبانة وتوزيعها على عينة من المستشفيات الأردنية مكونة من 6 مستشفيات كان اختيارها وفقا لمعيار الحجم. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: أن العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة يدركون أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، حيث أظهرت النتائج مستويات عالية من الإدراك لجميع مبادئ إدارة الجودة الشاملة. وبينت الدراسة وجود فروقات إحصائية في إدراك العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية (الخبرة، المستوى التعليمي). كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في إدراك العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية (المستوى الوظيفي، والحجم). وأظهرت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($P\leq0.05$) بين العوامل الشخصية بدلالة أبعادها (الخبرة، المستوى التعليمي، المستوى الوظيفي، الحجم) وإدراك أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية الخاصة.

وقام (السعيدي، 2007) دراسة بعنوان: تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجهراء في دولة الكويت". هدفت الدراسة التحقق من فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية واثر هذا النظام في تحسين الخدمات الصحية في المستشفى وتوفير قاعدة بيانات ومعلومات تساعد الإدارة العليا على تطوير وتحسين الخدمات الصحية اقتصرت هذه على العاملين العرب في مستشفى الجهراء في الكويت والبالغ عددهم(1413) أما أفراد عينة الدراسة بلغ (402) فردا وتوصلت الدراسة إلى بناء بيئة تنافسية فيما بينها مما ينعكس على الارتقاء بجودة الخدمات الصحية في الكويت وإنشاء مكتب خاص لتوثيق البحوث ذات الصلة بمفهوم الجودة والاستفادة منها في تطوير عمل المستشفى.

وقام(السعدي، 2007) دراسة بعنوان (أنموذج لتطوير القطاع الصحي) وقد هدفت هذه الدراسة إلى تشخيص السلبيات والمشكلات ومعوقات العمل التي يعانيها

القطاع الصحي العراقي الواجب عليهم اتخاذها وبناء أو تصميم أنمــوذج لتطــوير القطاع الصحي في القطر يعتمد على مدخلات النظام الصحي،وتكون مجتمع البحث ألمنظمي(المنظمات الصحية العراقية) ومثلت عينة البحث المنظمات الــصحية فــي مركز وزارة الصحة العراقية والمتمثلة ب(6) دوائر من دوائر مركز الوزارة إمــا عينة البحث فقد تمثلت ب(30) فردا وبنسبة 10%من المجتمع ألمنظمي وتم اختيــار عينة البحث كعينة قصدية من المدراء العامين ومعاونيهم ومدراء الأقسام والــشعب لغرض الاقتراب من واقع الحال للموئسات الصحية. وتوصلت الدراسة إلــى عــدم إتباع نظام مالي ناجح لمؤسسات القطاع الصحي الــذي بــدورة يفــرز معوقــات ومشكلات وعدم كفاية التخصصات المالية في ظل السياسة التشغيلية المتبعة وعــدم كفاية وكفاءة العاملين في المنظمات الصحية العراقية وضــعف البــرامج الــصحية التدريبية والإدارية وسوء توزيع الموارد البشرية بين المؤسسات الــصحية وعــدم كفاءة وكفاية البنايات والمؤسسات الصحية بظواهرها الماديــة مــن أثــاث مكتبيــة وتمريضية.

إما دراسة(باكير وخرابشة، 2006) بعنوان "الكفاءة الاقتصادية والعدالة فــي تقديم الخدمات الصحية في الأردن"، تتناول هذه الدراسة مؤشرات الكفاءة الاقتصادية في قطاع الصحة ومدى انسجام هذه المؤشرات مع واقع الصحة في الأردن.وكــان مجتمع وعينة الدراسة من خلال تقديم الخدمات الصحية في الأردن من خلال وزارة الصحة والخدمات الطبية ومستشفيات الجامعات الأردنية الرسمية والقطاع الخــاص والخدمات العلاجية من خلال 27 مستشفى تابعة لوزارة الصحة وتشمل 37%مــن الأسرة في الأردن و10 مستشفيات تابعة للخدمات الطبية تمثل الأسرة فيها حــوالي 19% إضافة إلى مستشفى الجامعة الأردنية ومستشفى الملــك عبــد الله المؤســس ويساهمان بحوالي 8% وتوصلت الدراسة إلى أن تخفيض مــدة الإقامــة وتحــسين إشغال الأسرة يودي إلى تحسين كفاءة استخدام الموارد، كذلك التباين في تكاليف ليلة المريض من قسم إلى أخر ومن مستشفى إلى أخرى فان ذلك يتطلب احتواء التكاليف في قطاع الصحة كذلك بالنسبة إلى الإدارة يمكن تحسين القطاع الصحي مــن هــذه الناحية بإتباع أساليب المعرفة الإدارية وإدخال مفاهيم أدارية معروفة عالميا.

وفي دراسة قام بها (الأحمدي، 2006) بعنوان "محـــددات جـــودة خـــدمات الخدمة الصحية الأولية دراسة نوعية"، هدفت الدراسة إلى التعرف على محـــددات جودة الخدمة الصحية الأولية من منظور القائمين على هذا القطاع وذلك في مدينـــة الرياض بالمملكة العربية السعودية، وتتبع الدراسة أحد أساليب البحث النوعي وهـــو النظرية المجذرة المستمدة من الواقع. وحددت الدراسة عدد مـــن مقومـــات نجـــاح تطبيق الجودة في هذا القطاع، وقد توصلت الدراسة الى نتائج منها: القـــضاء علـــى ثقافة التفتيش وتنمية ثقافة التقييم الذاتي سواء على مـــستوى المركـــز الـــصحي أو الفريق الصحي أو الأفراد. وإيجاد آليات لتوفي التغذية المرتدة للمراكـــز الـــصحية حول الخطة السنوية وتقارير الأداء. وتدريب العاملين علـــى المفـــاهيم المرتبطـــة بالتخطيط الصحية وأهميته في تحقيق التحسن المستمر للأداء حتى لا يصبح إعـــداد الخطة هدفا في ذاته وانما وسيلة لتحس الأداء.

اما دراسة (ديوب وعطية، 2005) بعنوان "إدارة تسويق الخـــدمات الطبّيـــة بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس" تهدف هـــذه الدراسة بشكل عام إلى دراسة واقع الخدمات الطبية المقدمة فـــي بعـــض المـــشافي الحكومية والتعرف على أنواعها وأساليب تسويقها وتسويق الخدمات الطبية بـــشكل عام وفي المشافي بشكل خاص. كان مجتمع الدراسة مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس. وتوصلت الدراسة إلى إنشاء مراكـــز علميـــة ومعاهـــد وكليات متخصصة بإدارة المشافي، وتخصيص إدارة المشافي بالإداريين المختصين بالإدارة ومبادئها وأسسها وتعيين المـــديرين العـــامين والإداريـــين مـــن أصـــحاب الاختصاص من حملة الشهادات العليا في إدارة المشافي وإدارة الأعمال والابتعـــاد عن تعيينهم من الكوادر الطبية، وفصل الأطباء عن العمل الإداري وتفرغهم للعمـــل الطبي والعناية بشؤون المرضى الذي يعتبر جوهر عمل المشفى وأساس وجودها.

اما دراسة(ابو حشيش، 2003) بعنوان "نموذج مقترح لقياس وتقويم جـــودة تكلفة اليوم العلاجي في المستشفيات غير الهادفة للربح"، هدفت الدراسة الى اقتـــراح نموذج لإخضاع جودة تكلفة اليوم العلاجي لمريض الأقسام الداخلية في المستشفيات الحكومية وتقديم نموذج متكامل من النماذج الرياضية لقياس جودة الخدمات وكـــان

مجتمع الدراسة وعينة البحث على اختيار مستشفى الجامعة كمجال لتطبيق وتعد هي الوحيده في الاردن التي توفرت فيها البيانات وتشمل كل التخصصات الطبية كافة وتقدم العديد من الخدمات الطبية لشريحة واسعة من المرضى وتوصلت الدراسة الى ضرورة تبني مفهوم تقويم جودة اليوم العلاجي في المستشفيات الحكومية يوديان إلى تقويم عناصر الاقتصاد والكفاءة وتوصي الدراسة بان تكون موشرات تقويم الاداء لقياس الكفاءة والفعالية.

أما دراسة(ياسين وآخرون، 2001) بعنوان "إدارة الجهد المتعلق بالجودة في بيئة الرعاية الصحية". هدفت هذه الدراسة إلى تبنى مؤسسات الخدمة الصحية توجهات إستراتيجية تركز جل اهتمامها على المريض أو قاصد الخدمة الصحية والاستخدام الفعال لممارسات جودة الخدمة والمبادئ التي تقوم عليها .أما مجتمع الدراسة وعينة الدراسة هو مستشفى مشارك في هذه الدراسة هو مرفق إقليمي متوسط الحجم للرعاية الصحية وترخيصها من المستوى الثالث تبلغ سعتها (407) سرير ومعدلات الدخول السنوي للمستشفى حوالي (14000) حالة وتتألف الهيئة الطبية للمستشفى (310) أطباء يعد المستشفى من المؤسسات الخاصة غير الربحية الذي يقدم خدمات للمجتمع المحلي للاقليم الجنوبي الشرقي في الولايات المتحدة الأمريكية وبطاقة تشغيلية كاملة ويحاول هذا المستشفى تقديم أعلى مستوى ممكن من مستويات الصحة،وخلص فريق البحث الى استنتاج وهو انه من الممكن تحسين كل من الإجراءات والعمليات من منظور التشغيل والمنظور الاستراتيجي على حد سواء.

أما دراسة(أبو خرمة، 2000) بعنوان "أدارة الخدمات الصحية في الأردن". تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أراء وانطباعات المرضى المراجعين حول واقع وخدمات قسم الأشعة في مستشفى جرش الحكومي ومعرفة مدى موافقتهم عليها ورضاهم عنها، ويضم مجتمع الدراسة جميع المرضى المراجعين لقسم الأشعة في مستشفى جرش الحكومي واشتملت عينة الدراسة (738) مراجعا وذلك كعينة عشوائية اختارها الباحث وتوصلت الدراسة إلى أن إفراد العينة الذين يعملون في القطاع العام هم أكثر رضا عن واقع وخدمات قسم الأشعة من أولئك الذين يعملون

في القطاع الخاص كذلك المرضى المراجعين لأقسام الإسعاف والطوارئ وعيادات الاختصاص هم أكثر قبولا واقتناعا بواقع ومستوى الخدمات المقدمة لهم ثم المرضى من داخل المستشفى.

أما دراسة (عبد الرحمن، 2001) فجاءت بعنوان: دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فاعلية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات" أخذت منحى أخر حيث هدفت، إلى تحديد دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات، وذلك من خلال الوصول مؤشرات فعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمستشفيات، والوقوف على طبيعة مفهوم إدارة الجودة الكلية، ووسائلها والمداخل المختلفة لها حتى يمكن الاستفادة منها في زيادة فعالية وظيفة العمليات في المستشفيات،وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج منها إن فعالية نظام العمليات والإنتاج في المنظمات الخدمية، تتمثل في قدرة هذا النظام على تقديم خدمة ذات مستوى عالي من الجودة كما يدركها المريض من خلال عدد من المؤشرات.

2.5.2 الدراسات الأجنبية:

أجرى (Kelly, 2010) دراسة بعنوان" Using the Baldrige criteria for improving performance in public health "" استخدام معايير بالدريج (Baldrig) لتحسين الأداء في مجال الصحة العامة " وتم استخدام معيار عالمي أخر في دراسته وقد بحثت هذه الدراسة الجودة الشاملة، باعتبارها نظام مكمل لنظام الصحة العامة من خلال استخدام مقياس(Baldrig) كنموذج تشغيلي للجودة الشاملة والغرض من هذه الدراسة هو التوصل إلى فهم أفضل لكيفية استخدام هذا النموذج وإمكانية تطبيقه في القطاع الصحي. وتشير نتائج الدراسة إلى إن هذا النموذج ملائم للتطبيق في مجال الصحة العامة، ويعتبر ايجابياً وصالح للاستخدام في شكله الحالي وتقترح هذه الدراسة استخدام النموذج للمنظمات الساعية للفوز بجوائز على مستوى الأداء.

وباستعراض دراسة(Powell,2008) والتي جاءت بعنوان" Developing and implementing quality programs in in healthcare organizations" تطوير وتحسين برامج الجودة في مؤسسات الرعايــة الــصحية. سعت الدراسة إلى بيان ومناقشة أهم الأدوات المستخدمة لتحسين الجودة، في ثلاثــة من أنظمة الخدمة الصحية للمستشفيات وهي: مستشفيات تعليمية كبيــرة، ومراكــز صحية ومركز علاجي أكاديمي. وأشارت النتائج إلى إن برامج التحــسين المــستمر ونظام إدارة الجودة الشاملة، لها تأثير واسع على انتشار الرعاية الصحية، في جميع أنحاء المنظمة، كما أظهرت النتائج إن هناك عوامل خارجية مؤثرة على بيئة العمل والتفويض التنظيمي ونوع ونطاق برامج تحسين الجودة المقدمة. وبينت النتائج بــان منظمات الخدمة الصحية هذه متشابهة في طريقة تطبيق برامج الرعاية الــصحية، وهناك قلق متزايد من قبل المدراء، فيما يتعلق برضا المرضى وسلامتهم كما أكــد المشاركون في الدراسة، بأن المجلس الأعلى للمستشفى هو المــسئول عــن قيــادة ومراقبة الجودة في المستوى الاستراتيجي، وقد خلصت الدراسة أيضا إلى إن حقــل تحسين الخدمة الصحية متطور جدا وهناك فرصة للمهتمين بهــذا الحقــل لتوثيــق وتثبيت ممارساتهم ذات الصلة بتحسين الجودة،لا سيما بان أدبيات الخدمة الــصحية لا تطبق بشكل علمي في ميدان العمل.

وقام سو جن(Shao-Jen، 2008) بدراسة بعنوان " A framework for in healthcare allocation efficient resource" "وضــع أطــار لتخــصيص الموارد بكفاءة في مجال الرعاية الصحية" بينت الدراسة أن تزايد عدد السكان فــي الولايات المتحدة مع التقدم الطبي المستمر أدى إلى تزايد الطلب على خدمات الخدمة الصحية ويأتي هذا التحدي مع هذا النمو المتمثل في إدارة ارتفاع التكاليف والحفاظ على كفاءة العمليات. وإن البحوث والدراسات تشير إلــى أن عــدم الكفــاءة فــي مؤسسات الخدمة الصحية تساهم في نفقات الخدمة الصحية العالية وبالتالي تحقيق أقصى قدر من الكفاءة في مؤسسات الرعاية الصحية. هذه هي الأطروحة التي تركز على تحسين كفاءة عمليات الخدمة الصحية باستخدام أدوات البحث.وهي مقسمة إلى ثلاثة أقسام رئيسية على النحو المبين أدناه للتصدي لوضع المعايير بمرور الوقــت

وضع إطار للمسائل الحسابية في قطاع الرعاية الصحية. أولا، لتحديد المعيار الذي ينفذ باستمرار بشكل جيد عبر الفترات الزمنية وموسعة تحليل البيانات مع نموذج النافذة وتحليل الجوانب على مدى فترات زمنية متعددة ويقترح لاختيار أفضل الممارسات التي تشمل قياس اتجاهات الأداء. ويمكن للمعايير التي حددها النهج المقترح يمكن استخدامها من قبل وحدات أقل كفاءة ليكون معيارا في تحسين كفاءتها.وثانيا لتحسين تخصيص الموارد وتحسين كفاءة تشغيل المستشفى اقترح إطارا ثنائي المستوى لتوزيع تخصيص الموارد في مجال الخدمة الصحية هو المقترح. وهناك عدة أداة منهجية متكاملة (MTIM) كوسيلة من وسائل حل لمجمع توزيع الخدمة الصحية ونظم تخصيص الموارد من أجل حل الكفاءة وقيود الميزانية للمستشفيات وأخيرا، لتحسين الطلب الكبير من MTIM الحسابية، وهو MTIM المعززة للتوزيع وتخصيص الموارد للرعاية الصحية المتقدمة.

وقام كلين (Glenn, 2007) بدراسة بعنوان " The impact of public expenditures on health care on total health expenditures: An exploratory analysis of selected OECD countries " "اثر الإنفاق العام على الخدمة الصحية على النفقات الصحية الإجمالية. هدفت الدراسة إلى تحليل استكشافي لبلدان منظمة التعاون والتنمية التي تشمل (19) دولة واستعراض تمويل الخدمة الصحية والقدرة على ضبط مختلف النفقات على الجانب الصحي، وتتكون هذه الدراسة من ثلاثة أجزاء. الأولى لأنظمة الرعاية الصحية، ويتم تحليل طول تمويلها التنظيمية الرئيسية، وخصائص التسليم. والاتجاهات في النفقات الإجمالية على الصحة ومصادر التمويل وهيكل الإنفاق والتكنولوجيا. وظهرت النتائج مجتمعة إن نظام الخدمة الصحية للولايات المتحدة مشابهة جدا لنظم الخدمة الصحية الأخرى فيما يتعلق بالتنظيمية والتسليم إلى حد كبير ولكن يختلف عن غيرها من نظم الخدمة الصحية من حيث آلية التمويل. فإن الولايات المتحدة لديها أعلى بكثير من النفقات الإجمالية على الصحة ونصيبا أقل بكثير من نفقات الصحة العامة من مجموع أي بلد آخر في هذه الدراسة.و استنادا إلى النتائج المستخلصة من التحليل الوصفي، وبناء على أبحاث سابقة والتحليل المتعدد المتغيرات باستخدام الآثار الثابتة

النتائج وتركز على العلاقة بين مجموع النفقات الصحية ومشاركة الجمهور في نظام الخدمة الصحية في بلدان منظمة التعاون والتنمية البالغة (19) دولة لأكثر من ثلاثين سنة. وصلت الدراسة إلى استنتاج أن البلدان الصناعية ترفع بشكل مستمر النفقات الصحية وهناك اختلاف بين البلدان الصناعية من حيث النفقات وان زيادة النفقات ليس بالضرورة تودي إلى نتائج صحية أفضل، أخيرا زيادة التحضر هي علاقة ايجابية مع مجموع النفقات الصحية.

أما دراسة (Fotter, 2006): فجاءت بعنوان" Comparing Hospital Staff and Patient Perceptions of Customer Service: A polite Study Utilizing Survey and Focus Group data" "مقارنة بين إدراك العاملين في المستشفى والمرضى لخدمة المستهلك" فينطلق هدفها من أن قياس رضا المرضى هو أمر حاسم لدعم خدمة المستهلك و تحقيق الميزة التنافسية في صناعة العناية الصحية حيث توجد مداخل متعددة لذلك القياس. أجريت هذه الدراسة الرائدة في عدة مستشفيات رائده في أمريكا. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك درجة عالية من الارتباط بين أدراكات المرضى والعاملين لخدمة المستهلك، كما كانت ادراكات العاملين لخصائص الخدمة أكثر سلبية مما لدى المرضى.

أما دراسة عثمان (Osman, 2005) بعنوان: The experience of hospitals Turkish public in enhancing performance through new public management: The role of ISO 9001 certification. "تجربة المستشفيات العامة التركية في تحسين الأداء من خلال الإدارة العامة الجديدة شهادة الأيزو9001"، منذ عام 1990 والمنظمات التركية في القطاع العام على غرار نظرائهم في جميع أنحاء العالم، قد تم في البحث عن طرق أفضل لتحسين فعاليتها وكفاءتها، ونوعية الخدمات. والسعي لتحسين الإدارة، وعدد من المستشفيات العامة التركية قد حصلنا على شهادة الأيزو9001. هذه الدراسة محاولة الإجابة على أربعة أسئلة بحثية رئيسية هي:(1) لماذا يكون تمديد ايزو مصدقة المستشفيات الحكومية فعليا بتنفيذ تدابير إدارية جديدة؟ (2) هل لنوعية ومبادرات لتحسين الأداء في المستشفيات الحكومية التركية عن طريق شهادة الايزو9001 يؤدي إلى تحسين الأداء؟(3)ما هي الآثار المترتبة على الثقافة الوطنية والتنظيمية على النتائج التركية

المبادرات القائمة على أساس التحسن؟ (4) كيف كانت القوى السياسية علـــى حـــد سواء خارجية وداخلية تؤثر على تنفيذ ونجاح الإصلاحات الإدارية ؟ ان التحليـــل النوعي من 46 مقابلة نصف منظم يدل علـــى ملاحظـــات المرضـــى ، والنـــصف المشاركة في صنع القرار وتدريب الموظفين واستخدمت على نطاق واسع في أكثر من المستشفيات المعتمدة في المستشفيات غير مصدقة. نسبة أشغال الأسرة وعدد من العيادات الخارجية لكل طبيب ومعدل الوفيات.قد لا تتفـــق وســـجل تحـــسن يمكـــن تفسيرها جزئيا من العقبات من الثقافة التنظيمية. أن مزيد من التحلـــيلات النوعيـــة تشير إلى أن الثقافات الوطنية والتنظيمية التركية كان لها تـــأثيرات إيجابيـــة علـــى مشاركة الموظفين في صنع القرار ولكن أيضا أن يؤدي إلـــى آثـــار ســـلبية، مثـــل انخفاض القوة تقاسم الممارسات فيما بين موظفي المستشفى، وضعف الممارســـات لقياس الأداء، وآليات المكافأة وعدم وجود خطط إستراتيجية طويلـــة الأجـــل فـــي المستشفيات التركية. وتشير الدراسة إلى أن الإصلاحات التي أنتجت تحولات مهمة في التحالفات السياسية الداخلية بما في ذلك خفض الأطبـــاء علـــى الـــسلطة داخـــل المستشفيات التركية.

وأجرى موسى ديج (Mosadegh, 2005) دراسة بعنوان: A survey of Total quality management in Iran: Barriers to successful implementation in health care organizations. هدفت إلى اختبار نجـــاح إدارة الجودة الشاملة ومعوقات نجاح تطبيقها في منظمات الخدمات الـــصحية فـــي إيران (إقليم أصفهان)، وقد أظهرت النتائج أن نجـــاح إدارة الجـــودة الـــشاملة فـــي منظمات الخدمات الصحية كان عاليا، كما بينت نتائج الدراسة أن أكثـــر المعوقـــات إعاقة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة بنجاح هـــي المـــوارد البـــشرية، والمـــشاكل الهيكلية، والإستراتيجية.

أما دراسة (Horng & Huarng, 2002) فقـــد جـــاءت بعنـــوان" TQM adoption by hospitals in Taiwan " "تبنى المستشفيات التايوانية لإدارة الجودة الشاملة" إلى الكشف عن مدى تبنى العاملين في المستشفيات التايوانية لإدارة الجودة الشاملة خاصة في مجال العلاقات الشبكية والهوية التنظيمية وإســـتراتيجية التكيـــف

وسلوك العاملين التنظيمي وتوصلت الدراسة إلى نتيجة رئيسة هي أن المستـــشفيات الكبيرة والمستشفيات غير الربحية مؤهل أكثر للاستفادة من العلاقات الـــشبكية مـــن المستشفيات الصغير والربحية كما أنها تنتهج إستراتيجية التوقع لمواجهة المستجدات على ساحة الصحة الوطنية.

3.5.2 ما يميز هذه الدراسة:

تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في محاولتها التعـــرف علـــى قياس الفجوة في جودة الخدمات الصحية (المدركة والمتوقعـــة) فـــي المستـــشفيات الحكومية والخاصة، في حين أن الدراسات السابقة تناولت جودة خـــدمات الخدمـــة الصحية من وجهة نظر متلقيها في القطاع العام والقطاع الخاص.

ركزت الدراسات السابقة على أبعاد الجودة وإدارة الجودة الشاملة ومعوقات تطبيقها، في حين ركزت بعض الدراسات على دراسة الجودة مـــن وجهـــة نظـــر مقدميها –أي الكادر الصحي- وعمل مقارنه بين مقدم هذه الخدمة ومتلقيهـــا، وهـــو المريض. في حين قلة الدراسات التي تتناول المقارنة في جودة الخدمـــة الـــصحية المدركة والمتوقعة، وأيضاً قلة الدراسات التي تتناول المقارنة في القطـــاعين العـــام والخاص كما تناولتها هذه الدراسة.

الفصل الثالث

المنهجية والتصميم

1.3 منهجية الدراسة

اعتمدت الدراسة لتحقيق أهدافها منهجية البحث الوصفي، والميداني التحليلي. فعلى صعيد البحث الوصفي، تم إجراء المسح المكتبي، والاطلاع على الدراسات والبحوث النظرية والميدانية السابقة؛ لأجل بلورة الأسس والمنطلقات التي يقوم عليها الإطار النظري، والوقوف عند أهم الدراسات السابقة، والتي تشكل رافداً حيوياً للدراسة، وما تتضمنه من محاور معرفية. أما على صعيد البحث الميداني التحليلي، فقد تم إجراء المسح الاستطلاعي الشامل وتحليل كافة البيانات المجتمعة من خلال الإجابة عن أسئلة الاستبانة التي اعتمدتها الدراسة.

2.3 عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من المرضى الذين يتلقون الخدمة الصحية في مستشفيات القطاع العام والخاص المبينة في الجدول الآتي، ونظراً لصعوبة حصر أعداد المرضى تم اختيار عينة ملائمة من المرضى بلغ حجمها (400) مريض ومريضه، استجاب منهم ما مجموعه (397) مريضاً ومريضة حيث بلغت نسبة الاستجابة (99.25%). وفيما يلي بيان أعداد المرضى في عينة الدراسة وخصائص عينة الدراسة.

جدول (1)

توزيع أفراد عينة الدراسة

المستشفى	قطاع عام	قطاع خاص	مجموع القطاعين
مستشفى الأمير حمزة	65	-	65
مستشفى البشير	69	-	69
مستشفى الجامعة الأردنية	65	-	65
المستشفى التخصصي	-	99	99
مستشفى الأردن	-	99	99
المجموع	199	198	397

جدول (2)

خصائص عينة الدراسة

المتغير	فئة المتغير	العدد	%
النوع الاجتماعي	ذكر	227	57.2
	أنثى	170	42.8
العمر	أقل من 30 سنة	118	29.7
	30-39 سنة	79	19.9
	40-49 سنة	126	31.7
	50 سنة فأكثر	74	18.6
المؤهل العلمي	ثانوية عامة فأقل	54	13.6
	دبلوم متوسط	129	32.5
	بكالوريوس	194	48.9
	دراسات عليا	20	5.0
مستوى الدخل الشهري	أقل من 500 د	109	27.5
	500-700 د	150	37.8
	أكثر من 700 د	138	34.8
التأمين الصحي	مؤمن	138	34.8
	مؤمن جزئي	103	25.9
	غير مؤمن	156	39.3
المستشفى	قطاع عام	199	50.1
	قطاع خاص	198	49.9

يتضح من معطيات الجدول السابق أن عدد المرضى الذكور يفوق عدد المرضى الإناث، فقد شكل الذكور ما نسبته (57.2%) من مجموع أفراد العينة، في حين أن الإناث شكلن ما نسبته (42.8%) من مجموع أفراد عينة الدراسة. وبخصوص متغير العمر فقد أحتلت الفئة العمرية (40-49 سنة) المرتبة الأولى بنسبة بلغت (31.7%)، في حين أن اقل فئة عمرية كانت (30-39 سنة) بنسبة بلغت (19.9%) من مجموع أفراد عينة الدراسة. أما فيما يتعلق بمتغير المؤهل العلمي، فقد بينت النتائج أن (48.9%) من مجموع أفراد العينة يحملون درجة البكالوريوس، تلاهم حملة درجة الدبلوم المتوسط بنسبة (32.5%) من مجموع أفراد العينة، ثم حملة درجة الثانوية العامة فأقل بنسبة (13.6%)، وأخيرا حملة درجة الدراسات العليا بنسبة (5.0%) من مجموع أفراد عينة الدراسة.

وفيما يتعلق بمتغير مستوى الدخل الشهري، فقد بينت النتـــائج أن (37.8%) من مجموع أفراد عينة الدراسة كان مستوى دخلهم الشهري (500-700 دينار)، تلا ذلك (أكثر من 700 دينار) بنسبة (34.8%) من مجموع أفـــراد عينـــة الدراســـة، وأخيرا (أقل من 500 دينار) بنسبة (27.5%) من مجموع أفـــرد عينـــة الدراســـة. وبينت النتائج أن (39.3%) من مجموع أفـــراد عينـــة الدراســـة غيـــر مـــؤمنين، و(34.8%) من مجموع أفرد عينة الدراسة مؤمنين، وأن (25.9%) مـــن مجمـــوع أفراد عينة الدراسة مؤمنين بشكل جزئي. وأخيراً كشفت النتائج أن (50.1%) مـــن مجموع أفراد عينة الدراسة كانوا من المرضى المراجعين لمستشفيات القطاع العام، مقابل (49.9%) من مجموع أفراد عينة الدراسة كانوا مـــن مراجعـــي مستـــشفيات القطاع الخاص.

3.3 أداة الدراسة

بعد إجراء المسح المكتبي والاطلاع على الجانب النظري والدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة تم بناء استبانة تتكون من الأجزاء التالية:

الجزء الأول: ويتضمن المعلومات العامة عن خصائص عينة الدراسة طبقا للعوامل الشخصية التالية: (النوع الاجتماعي، العمر، المؤهـــل العلمـــي، مـــستوى الـــدخل الشهري، التأمين الصحي، المستشفى).

الجزء الثاني: ويتضمن 23 فقرة تقيس مستوى الخدمة الفعلي الذي يقدمه المستشفى.

الجزء الثالث: ويتضمن 23 فقرة تقيس مستوى الخدمـــة المتوقعـــة الـــذي يقدمـــه المستشفى.

1.3.3 صدق الأداة

تم عرض أداة الدراسة على عدد من المحكمـــين مـــن أســـاتذة كليـــة إدارة الأعمال في جامعة مؤتة المختصين، وذلك للتحقق من مدى صدق فقرات الأداة، وتم الأخذ بملاحظاتهم، وتم إعادة صياغة بعض الفقرات التي يراها المحكمين، كما تـــم

إجراء التعديلات التي طلبها المحكمين بشكل دقيق لتحقيق التوازن بين مضامين الأداة في فقراتها.

2.3.3 ثبات أداة الدراسة:

تم استخراج معامل الثبات طبقاً لمعادلة لكرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) للاتساق الداخلي لكل متغير من متغيرات الدراسة، وكانت قيم معامل الثبات مرتفعة وتدلل على الثبات والاتساق بين فقرات الأداة، والجدول التالي يبين قيم معاملات الثبات لمتغيرات الدراسة.

جدول (3)

معامل الاتساق الداخلي لمتغيرات الدراسة

المتغير	البعد	كرونباخ ألفا
	الملموسية	0.939
	الاعتمادية	0.958
مستوى الخدمة الفعلي	الاستجابة	0.946
	الآمان والثقة	0.951
	التعاطف	0.954
	الملموسية	0.858
	الاعتمادية	0.864
مستوى الخدمة المتوقعة	الاستجابة	0.831
	الآمان والثقة	0.838
	التعاطف	0.871
	الأداة ككل	0.967

4.3 المعالجة الإحصائية:

للإجابة عن أسئلة الدراسة، واختبار فرضياتها، تم استخدام أساليب الإحصاء الوصفي والتحليلي الآتية، وذلك باستخدام الرزمة الإحصائية(SPSS 15.0):

1. مقاييس الإحصاء الوصفي (Descriptive Statistic Measures) وذلــك لوصف خصائص عينة الدراسة، اعتمادا على التكرارات والنسب المئوية.
2. المتوسطات الحسابية وفرق المتوسطات واختبار (T-test).

الفصل الرابع

عرض النتائج ومناقشتها والتوصيات

4-1 مقدمة

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة في منطقة عمان من قبل القطاعين العام والخاص، ولتحقيق هذه الغاية تم قيـــاس جـــودة الخـــدمات الصحية من وجهة نظر متلقي الخدمة، للوقوف على مدى تقييمهم للخدمات الصحية المقدمة، هذا وقد تم استخدام نظرية الفجوة أو ما يعرف بمقيـــاس (SERVQUAL)، وتقاس الفجوة بتحديد الفرق بين الخدمات المدركة (الفعلية)، وبين الخدمات المتوقعة وحسب المعادلة التالية :

الفجوة = الخدمات المدركة – الخدمات المتوقعة

وبناء على ذلك فأن الحكم على النتيجة يكون حسب الأتي:

1. أذا كانت الخدمات المدركة أكبر من الخدمات المتوقعة فهذا يعني وجود فجـــوة إيجابية، أي أن الجودة التي يحصل عليها المرضى أكثر مما يتوقعون (مستوى مميز).
2. إذا كانت الخدمات المدركة مساوية للخدمات المتوقعة، فهذا يعني فهـــذا يعنـــي عدم وجود فجوة، أي أن الجودة التي يحصل عليها المرضى مناسبة (مـــستوى مقبول).
3. أذا كانت الخدمات المدركة أقل من الخدمات المتوقعة فهذا يعني وجود فجـــوة سلبية، أي أن الجودة التي يحصل عليها المرضى أقل مما يتوقعـــون (مـــستوى ضعيف).

مع الأخذ بعين الاعتبار أن تدرج المقياس المستخدم في الدراسة كان كما يلي:

موافق بشده	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشده
5	4	3	2	1

وبناء على ذلك، فإذا كانت قيمة المتوسط الحسابي اكبر من (3.5)، فيكـــون مستوى التصورات مرتفعا وهذا يعني موافقة أفراد عينة الدراسة على الفقرة، أما إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي (2.5 - 3.49) فيكون المستوى متوســط، وإذا كـــان التوسط الحسابي أقل من (2.49) فهذا يعني أن المستوى منخفضا.

4-2 الإجابة على أسئلة الدراسة:

للإجابة على أسئلة الدراسة فقد تم استخراج المتوسطات الحـــسابية لتحليـــل وقياس الفجوة بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقعة للخدمات الصحية مـــن وجهـــة نظر المرضى.

4-2-1 مستوى الخدمات الصحية المتوقعة

السؤال الأول: ما هو مستوى الخدمات الصحية المتوقعة من قبل المرضى والتي تقدمها المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة في مدينة عمان؟

جدول (4)

المتوسطات الحسابية لمستوى الجودة المتوقعة في المستشفيات الخاصة والعامة

أبعاد الجودة	المتوسط للمتوقع (قطاع عام)	المتوسط للمتوقع (قطاع خاص)
الملموسية	4.030	4.256
الاعتمادية	4.020	4.369
الاستجابة	4.093	4.262
الضمان	4.158	4.385
التعاطف	4.106	4.173
المتوسط الكلي	4.081	4.289

يظهر من الجدول أن المتوسط الحسابي الكلي لبعد مستوى الجودة المتوقعـــة في مستشفيات القطاع العام بلغ (4.081)، وهذا يعني أن ادراكـــات أفـــراد عينـــة الدراسة لهذا البعد ذات مستوى مرتفع، وعلى مستوى العناصر الرئيـــسية المتعلقـــة بهذا البعد فقد احتل عنصر الضمان المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.158)، بينما احتل عنصر الاعتمادية المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (4.020). أما على مستوى

القطاع الخاص فقد بلغ المتوسط الحسابي لمستوى جودة الخدمات الصحية المتوقعة (4.289)، وهو مستوى مرتفع، وعلى مستوى العناصر الرئيسية المتعلقة بهذا البعد فقد احتل عنصر الضمان أيضا المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.385) وكما هو الحال في القطاع الحكومي، بينما احتل عنصر التعاطف المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (4.173). وهذه النتيجة منطقية حيث أن جميع متلقي الخدمة يرغبون بان تكون الخدمات الصحية ذات جودة عالية سواء في القطاع الخاص أم في القطاع العام.

2.2.4 مستوى الخدمات الصحية المدركة

السؤال الثاني: ما هو مستوى الخدمات الصحية المدركة من قبل المرضى والتي تقدمها المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة في مدينة عمان؟

الجدول(5)

المتوسطات الحسابية لمستوى الجودة المدركة في المستشفيات الخاصة والعامة

أبعاد الجودة	المتوسط للمدرك (قطاع عام)	المتوسط للمدرك (قطاع خاص)
الملموسية	2.822	4.306
الاعتمادية	2.368	4.275
الاستجابة	2.493	4.239
الضمان	2.541	4.406
التعاطف	2.603	4.154
المتوسط الكلي	2.565	4.276

يتضح من الجدول أن المتوسط الحسابي الكلي لبعد مستوى الجودة المدركة (الفعلية) في مستشفيات القطاع العام بلغ (2.565)، وهذا يعني أن ادراكات أفراد عينة الدراسة لهذا البعد ذات مستوى متوسط، وعلى مستوى العناصر الرئيسية المتعلقة بهذا البعد، فقد احتل عنصر الملموسية المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (2.822)، بينما جاء عنصر الاعتمادية بالمرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.368)

وهو مستوى منخفض. أما على مستوى القطاع الخاص فقد بلغ المتوسط الحسابي لمستوى جودة الخدمات الصحية المدركة (الفعلية) في مستشفيات القطاع الخاص (4.276) وهو مستوى مرتفع، وعلى مستوى الفقرات فقد احتل عنصر الضمان المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.406)، وهو مستوى مرتفع، بينما جاء عنصر التعاطف بالمرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدره (4.154) وهو أيضا مستوى مرتفع.

3.2.4 الفجوة في المستشفيات العامة

السؤال الثالث: هل هناك فجوه بين مستوى الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة في المستشفيات الحكومية في مدينة عمان؟.

جدول (6)

الفروق بين المدرك والمتوقع للقطاع العام

أبعاد الجودة	المتوسط للمدرك	المتوسط للمتوقع	فرق المتوسطات (المدرك – المتوقع)
الملموسية	2.822	4.030	-1.208
الاعتمادية	2.368	4.020	-1.652
الاستجابة	2.493	4.093	-1.60
الضمان	2.541	4.158	-1.617
التعاطف	2.603	4.106	-1.503
المتوسط الكلي	2.565	4.084	-1.516

من خلال الجدول والذي يوضح المتوسطات الحسابية لجودة الخدمات الصحية المدركة والمتوقعة في مستشفيات القطاع العام، نلاحظ وجود فجوة سلبية واضحة بين مستوى الخدمات المدركة وبين مستوى الخدمات المتوقعة، حيث كان الفرق بين الخدمات المدركة والخدمات المتوقعة (-1.516)، وهذا يؤكد أن مستوى

الخدمات في مستشفيات القطاع الحكومي كان متدنيا وذلك من وجهة نظر المرضى في هذه المستشفيات، حيث أن كافة الأبعاد كانت سلبية، مما يتطلب بذل المزيد من الجهود لتحسين جودة الخدمات الصحية في القطاع الحكومي لتقليل هذه الفجوة.

4.2.4 الفجوة في المستشفيات الخاصة

السؤال الرابع: هل هناك فجوه بين مستوى الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة في المستشفيات الخاصة في مدينة عمان؟

جدول (7)

الفروق بين المدرك والمتوقع للقطاع الخاص

أبعاد الجودة	المتوسط للمدرك	المتوسط للمتوقع	فرق المتوسطات (المدرك – المتوقع)
الملموسية	4.306	4.256	0.050
الاعتمادية	4.275	4.369	-0.094
الاستجابة	4.239	4.262	-0.023
الضمان	4.406	4.385	0.021
التعاطف	4.154	4.173	-0.019
المتوسط الكلي	4.276	4.289	-0.013

تشير النتائج الإحصائية في الجدول، والذي يوضح المتوسطات الحسابية لجودة الخدمات الصحية المدركة والمتوقعة في مستشفيات القطاع الخاص، إلى أن مقدار الفجوة بلغ (-0.013)، مما يدل على أن هناك فجوة بين مستوى الخدمات المدركة ومستوى الخدمات المتوقعة، ولكن من الملاحظ أن هذه الفجوة قليلة جدا الأمر الذي يتطلب من العاملين في المستشفيات الخاصة بذل جهد بسيط لتوجيه الفجوة في الاتجاه الايجابي.

3.4 اختبار الفرضيات

لاختبار فرضيات الدراسة تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية (Spss)، هذا وقد تم إجراء الاختبارات الإحصائية الآتية: المتوسطات الحسابية، واختبار T لمجموعتين مستقلتين (Independent-t test)، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجداول.

الفرضية الأولى: يوجد فجوة سلبية بين مستوى الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة التي تقدمها مستشفيات القطاع العام.

جدول (8)

الفروق بين إجمالي المدرك والمتوقع في القطاع العام

البعد	المتوسط الإجمالي للمدرك	المتوسط الإجمالي للمتوقع	فرق المتوسطات
الملموسية	2.822	4.030	-1.208
الاعتمادية	2.368	4.020	-1.652
الاستجابة	2.493	4.093	-1.600
الضمان	2.541	4.158	-1.617
التعاطف	2.603	4.106	-1.503
المتوسط الكلي	2.565	4.084	-1.516

يوضح الجدول المتوسطات الحسابية لادراكات متلقي الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع العام وتوقعاتهم ولكل مجال من مجالات عناصر جودة الخدمة (الملموسية، والاعتمادية، والاستجابة، والضمان، والتعاطف)، والملاحظ أن هذه الفروقات جميعها سالبة، حيث بلغ المتوسط الكلي (-1.516) وهذا يشير إلى وجود الفجوة السالبة بين التوقعات والادراكات، والذي يدل على مستوى خدمة سلبي (أو مستوى خدمة متدني). وعلى مستوى العناصر الفرعية نجد أن أعلى فرق (-1.652)، والذي يخص متغير الاعتمادية، وأقل فرق (-1.208) ، والذي يتعلق بمتغير الملموسية.

الفرضية الثانية: يوجد فجوة ايجابية بين مستوى الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة التي تقدمها مستشفيات القطاع الخاص في مدينة عمان.

جدول (9)

الفروق بين إجمالي المدرك والمتوقع في القطاع الخاص

البعد	المتوسط الإجمالي للمدرك	المتوسط الإجمالي للمتوقع	فرق المتوسطات
الملموسية	4.306	4.256	0.05
الاعتمادية	4.275	4.369	-0.094
الاستجابة	4.239	4.262	-0.023
الضمان	4.406	4.385	0.021
التعاطف	4.154	4.173	-0.019
المتوسط الكلي	4.276	4.289	-0.013

يوضح الجدول المتوسطات الحسابية لادراكات متلقي الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع الخاص وتوقعاتهم، ولكل مجال من مجالات عناصر جودة الخدمة (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف)، والملاحظ أن الفروقات السلبية تمثلت في الأبعاد (الاعتمادية ، والاستجابة ،والتعاطف) ، مما يعني وجود فجوة سالبة، ولكن الملاحظ أن قيمة هذه الفجوة قليلة، أي بمجرد بذل القليل من الجهد سيؤدي ذلك إلى نقل الفجوة من الناحية السلبية إلى الايجابية.

الفرضية الثالثة: يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الخدمات المتوقعة بين القطاعين العام والخاص في مدينة عمان.

جدول (10)

الفروق في إجمالي الخدمات المتوقعة بين القطاعين العام والخاص

القطاع	المتوسـط الإجمـالي المتوقع	قيمة t	مستوى دلالة t
العام	4.118	3.356	0.001
الخاص	4.295		

من خلال الجدول السابق والذي يوضح نتائج اختبار الفرضية الثالثة يتضح لنا أن مقدار الفجوة بين مستشفيات القطاع العام والقطاع الخاص فيما يتعلق بجودة الخدمات الصحية المتوقعة كما يلي: 4.118 – 4.295 = -0.177وهي لصالح مستشفيات القطاع الخاص، وبتطبيق اختبار t-test، يتضح لنا بأن هذا الفرق ذو دلالة إحصائية، مما يعني بأن هناك فروقات في مستوى جودة الخدمات الصحية المتوقعة بين مستشفيات القطاع العام ومستشفيات القطاع الخاص.

الفرضية الرابعة: يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الخدمات المدركة بين القطاعين العام والخاص في مدينة عمان.

جدول (11)

الفروق في إجمالي الخدمات المدركة بين القطاعين العام والخاص

القطاع	المتوسط الإجمالي المدرك	قيمة t	مستوى دلالة t
العام	2.564	21.964	0.000
الخاص	4.281		

من خلال الجدول السابق والذي يوضح نتائج اختبار الفرضية الرابعة يتضح لنا أن مقدار الفجوة بين مستشفيات القطاع العام والقطاع الخاص فيما يتعلق بجودة الخدمات الصحية المدركة كما يلي: 2.564 – 4.281 = -1.717 وهي لصالح مستشفيات القطاع الخاص، وبتطبيق اختبار t-test ، يتضح لنا بأن هذا الفرق ذو

دلالة إحصائية، مما يعني بأن هناك فروقات في مستوى جودة الخدمات الصحية المدركة بين مستشفيات القطاع العام ومستشفيات القطاع الخاص.

2.4 مناقشة نتائج أسئلة الدراسة

1.2.4 مستوى الخدمات الصحية المتوقعة

ما هو مستوى الخدمات الصحية المتوقعة من قبل المرضى والتي تقدمها المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة في مدينة عمان؟ دلت النتائج أن إدراكات أفراد عينة الدراسة لبعد مستوى الجودة المتوقعة في مستشفيات القطاع الخاص أعلى منها في القطاع العام، وهي بشكل عام مرتفعة في مستشفيات القطاعين العام والخاص. ويمكن تُفسير هذه النتيجة أن تقييم المرضى لمستوى الجودة المتوقعة في المستشفيات في عينتي الدراسة جاءت بدرجة مرتفعة إلى الاهتمام بجودة الخدمة المتوقعة في هذه المستشفيات على نوعية الخدمة المقدمة للمرضى كونها تقدم خدمة علاجية أساسية في المجتمع، وتشكل عصب الحياة في المجتمع الأردني، وهي محط اهتمامهم، وتسعى تلك المستشفيات إلى تجنب تدني مستوى الخدمات فيهما كون ذلك قد يولد ضغطا عليها، أو قد تكون عرضه للنقد من المواطنين عبر وسائل الإعلام المختلفة. كما أن العاملون في المستشفيات يبدون على درجة عالية من حسن المظهر، ويتلاءم المظهر العام للمستشفيات مع طبيعة الخدمات المقدمة للمراجعين، وهم قادرين على كسب ثقة المرضى، واستعدادهم لمساعدة المواطنين وهم على جاهزية عالية في الحالات الطارئة. وبخصوص تفوق المستشفيات الخاصة على المستشفيات العامة بما يتعلق بالخدمات المقدمة للمرضى، فذلك يعود إلى حرص المستشفيات الخاصة على تقديم خدمات تحضى بقبول المرضى كونهم بالنتيجة زبائن يدفعون أموال نظير الخدمات الصحية التي يتلقونها، أما مستشفيات القطاع العام فأنها تسعى بلا شك إلى تقديم خدمات صحية للمرضى ولكنها لا تحضى بقبول مماثل للخدمات التي يقدمها القطاع الخاص، حيث أن أعداد المرضى المراجعين لمستشفيات القطاع الخاص أقل من نظرائهم المراجعين للقطاع العام مما قد يؤثر على نوعية الخدمة الصحية المقدمة. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة

(الضمور وبوقجاني، 2012) التي بينت نتائجها أن مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفى الجامعة الأردنية حسب مقياس الفجوات (Servqual) متدن نسبياً وذلك راجع لكون الجودة المتوقعة من قبل المرضى تفوق الجودة المدركة من قبلهم.

2.2.4 مستوى الخدمات الصحية المدركة

ما هو مستوى الخدمات الصحية المدركة من قبل المرضى والتي تقدمها المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة في مدينة عمان؟ بينت النتائج أن ادراكات أفراد عينة الدراسة لبعد مستوى الجودة المدركة (الفعلية) في مستشفيات القطاع العام ذات مستوى متوسط، أما على مستوى القطاع الخاص فجاءت إدراكات المرضى بمستوى مرتفع. وتُفسر هذه النتيجة أنه بالرغم من اهتمام إدارة مستشفيات القطاع العام بغرس الثقة في نفوس المرضى كأحد متطلبات الجودة، إذ سعت إلى سلسلة إجراءات لتطوير وتحسين إجراءات العمل باستمرار ليتمتع المرضى بالثقة والأمان، إلا أن مرحلة التأكد من فاعلية وكفاءة إجراءات العمل الجديدة، لم تسير على النحو المتوقع، والذي قد يعود إلى درجة مقاومة العاملين، أو عدم إتقانهم لهذه الإجراءات بشكل الذي يحقق رغبات المرضى واستفساراتهم. أما مستشفيات القطاع الخاص فتحرص على توفر تسهيلات لنقاهة وترفيه المرضى، وتخصص أماكن محددة للانتظار والمراجعة، وتطبق نظام محوسب للتعامل مع المرضى، وتستخدم عدد كافٍ من العاملين لتقديم خدمة أفضل للعملاء، وتستخدم عدد كافٍ كذلك من العاملين يتناسب وحجم العمل، وتستخدم نظام ومعلومات لمتابعة المرضى . كما تُفسر هذه النتيجة اهتمام مستشفيات القطاع الخاص بتوقعات وحاجات ورغبات المرضى وفقاً لرؤيتها العامة، دون إسناد ذلك إلى بيانات يتم جمعها من المرضى أنفسهم، مما قد ينعكس على إدارة الجودة، ومدى واقعية برامجها في تحقيق توقعات وحاجات ورغبات المرضى. مما ينعكس على واقعية وموضوعية تقييم برامج الجودة، خصوصاً في ظل تدني مشاركة العاملين بسبب تطبيق نظام محوسب للتعامل مع المرضى، ويتمثل ذلك في أنه في إدارة مستشفيات القطاع الخاص يجب أن تفي بالوعود التي تقطعها على نفسها تجاه المرضى، وتبدى اهتماماً مخلصاً

بمشاكل المرضى وتعمل على إيجاد الحلول لها، وتحــرص علــى تقــديم الخدمــة الصحية بالشكل الصحيح في المقام الأول، وتلتزم بالتوقيتات المحددة لتقديم خدماتها إلى المرضى، وتحتفظ بسجلات دقيقة وموثقة كونها تــسعى إلــى تحقيــق الــربح والاستمرار في تقديم خدماتها للمرضى بالشكل الذي يزيد من مكانتها وسمعتها.

3.2.4 الفجوة في المستشفيات العامة

هل هناك فجوه بين مستوى الخدمات المتوقعــة والخــدمات المدركــة فــي المستشفيات الحكومية في مدينة عمان؟ دلت النتائج أن هناك فجوة سالبة واضحة بين مستوى الخدمات المدرك وبين مستوى الخدمات المتوقع فــي مستــشفيات القطــاع الحكومي في مدينة عمان (المدرك أقل من المتوقع). وهذا يؤكد أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى متدنية في مستشفيات القطاع الحكومي من وجهــة نظــر المرضى، حيث أن كافة الأبعاد كانت سلبية، مما يتطلب بذل المزيد مــن الجهــود لتحسين جودة الخدمات الصحية في القطاع الحكومي لتقليل هذه الفجوة . وتُفسر هذه النتيجة أيضاً أنه على الرغم من الجهود المضنية التــي قــدمتها إدارة مستــشفيات القطاع العام في مجال جودة الخدمة، باعتبارها الحل الأمثل للنهــوض بمستــشفيات القطاع العام، وعلى الرغم من أنها طبقت العديد من برامج جودة الخدمة، وأقامــت العديد من المؤتمرات السنوية الخاصة بالجودة، للاستفادة من تجارب الآخرين فــي هذا المجال، إلا إنها لم تحقق المستوى المتوقع في الاستفادة من الجودة على النحــو المطلوب، وفي الوقت المناسب لتلبية طلبات المرضى.

4.2.4 الفجوة في المستشفيات الخاصة

هل هناك فجوه بين مستوى الخدمات المتوقعــة والخــدمات المدركــة فــي المستشفيات الخاصة في مدينة عمان؟ دلت النتائج أن هناك فجــوة بــين مــستوى الخدمات المدرك وبين مستوى الخدمات المتوقع، وعلى وجود فجــوة ســالبة بــين لادراكات متلقي الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع الخاص وتوقعاتهم ولكن من الملاحظ أن هذه الفجوة قليلة جدا الأمر الذي يتطلب من العاملين فــي المستــشفيات

الخاصة بذل جهد بسيط لتوجيه الفجوة في الاتجاه الايجابي. وهي نتيجة منطقية لأن تقييم المرضى لجودة الخدمة المدركة هي نابعة من بيئة المستشفى، وتؤثر على جودة الخدمات الصحية وهي مدركة من قبل القائمين على المستشفيات، كما تعكس هذه النتيجة الاهتمام على نوعية الخدمة المقدمة للمراجعين كونها تقدم خدمة تشكل عصب الحياة في المجتمع في ظل الأوضاع الراهنة. ويتمثل ذلك في أنه في إدارة المستشفيات يجب أن تفي بالوعود التي تقطعها على نفسها تجاه المرضى، وتبدى اهتماماً مخلصاً بمشاكل المرضى وتعمل على إيجاد الحلول لها، وتحرص على تقديم الخدمة الصحية بالشكل الصحيح في المقام الأول، وتلتزم بالتوقيتات المحددة لتقديم خدماتها إلى المرضى، وتحتفظ بسجلات دقيقة وموثقة.

3.4 مناقشة نتائج الفرضيات

1.3.4 مناقشة الفرضية الأولى

نصت هذه الفرضية على أنه "يوجد فجوة سلبية بين مستوى الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة التي تقدمها مستشفيات القطاع العام". وقد بينت النتائج أن هناك فجوه سلبيه بين جودة الخدمات المتوقعة والمدركة التي تقدمها مستشفيات القطاع العام. وهذا يدل على تدني مستوى الخدمات الصحية التي تقدما مستشفيات القطاع العام، وهذه الفجوة السلبية بين المدرك والمتوقع تعني بأن مستوى الخدمات الصحية التي يتلقاها المرضى متدنية وأنهم يتلقون خدمات دون مستوى توقعاتهم، مما يشير إلى انخفاض مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع العام، ووفقاً لمقياس الفجوة (SERVQUAL) يتضح أن هناك انخفاض في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، وأنها لم تكن في حدود توقعات المرضى مما يتطلب بذل المزيد من الجهود وايلاء المرضى عناية خاصة للوصول إلى خدمات صحية ذات جودة عالية في مستشفيات القطاع العام.

2.3.4 مناقشة الفرضية الثانية

نصت هذه الفرضية على أنه "يوجد فجوة ايجابية بين مستوى الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة التي تقدمها مستشفيات القطاع الخاص في مدينة عمان". وقد بينت النتائج أن مقدار الفجوة بين جودة الخدمات الصحية المتوقعة والمدركة في مستشفيات القطاع الخاص قد بلغت (-0.013) وهذا الانحراف سلبي ولكنه قليل جداً وتدل هذه النتيجة على أن المرضى في مستشفيات القطاع الخاص يتلقون خدمات جيدة وفقاً للمقاييس التقليدية. ولكن وفقاً لمقياس الفجوة (SERVQUAL) فان هناك انخفاض في مستوى جودة الخدمات الصحية، حيث أنه وبناء على هذا المقياس يكون مستوى الجودة مقبول عندما تتساوى التوقعات مع الإدراك، وعليه يمكن القول بأن مستوى الجودة في المستشفيات الخاصة جيدة، ولكنها دون مستوى توقعات المرضى، أي أنهم يطمحون لمستوى خدمات جودة أكبر، وإذا أمعنا النظر في تحليل وقياس كل محدد من محددات الجودة نجد أن بعدي (الملموسية، والضمان) جاءت الفجوة ايجابية أي أن المرضى يتلقون خدمات صحية فيما يتعلق بهذين البعدين أكبر من توقعاتهم، أما باقي الأبعاد فقد كانت الفجوة سلبية ولكنها قليلة جدا، مما يتطلب من القائمين على المستشفيات الخاصة بذل القليل من الجهد للانتقال إلى الاتجاه الايجابي.

3.34 مناقشة الفرضية الثالثة

نصت هذه الفرضية على أنه "يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الخدمات المتوقعة بين القطاعين العام والخاص في مدينة عمان. وقد بينت النتائج وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين مستوى جودة الخدمات المتوقعة في القطاعين العام والخاص في مدينة عمان، وهي لصالح مستشفيات القطاع الخاص. ومرد هذه النتيجة حرص مستشفيات القطاع الخاص على تقديم خدمات تحضى بقبول المرضى كونها بالدرجة الأولى تسعى إلى تحقيق الربحية وتعزيز مكانتها التنافسية والسعي إلى تحقيق هدف البقاء والاستمرار في تقديم خدمات الرعاية الصحية.

4.3.4 مناقشة الفرضية الرابعة

نصت هذه الفرضية على أنه "يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الخدمات المدركة بين القطاعين العام والخاص في مدينة عمان. وقد بينت النتائج أن هناك فروقات ذات دلالة إحصائية بين مستوى جودة الخدمات المدرك في القطاعين العام والخاص في مدينة عمان، وقد كانت الفروق لصالح مستشفيات القطاع الخاص. ويمكن تفسير النتيجة أن المرضى يتوقعون أن الخدمات التي تقدمها مستشفيات القطاع الخاص تفوق تلك التي تقدمها مستشفيات القطاع العام كونها تعاني من بعض القصور لأسباب كثيرة منها كثرة أعداد المرضى المراجعين، وبيروقراطية إجراءات العمل وتدني أنظمة الأجور والحوافز للعاملين في القطاع الطبي في القطاع العام مما يؤثر على جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، فالمرضى بحكم خبراتهم السابقة يقرون بتواضع خدمات الخدمة الصحية التي تقدمها المستشفيات الحكومية، وجودة الخدمات الصحية التي تقدمها مستشفيات القطاع الخاص التي تبحث عن التميز والارتقاء بالخدمات لتحقيق أهدافها الربحية والتنافسية والاستمرار وغيرها.

4.4 التوصيات

اعتمادا على النتائج التي تم التوصل إليها، فإن الدراسة توصي بما يلي:

1. أن تولي مستشفيات القطاع العام أهمية للمرضى للخروج من الحالة المتوسطة في اتجاهاتهم نحو تحقيق أبعاد جودة الخدمة الصحية، ولا بد من منحهم الثقة والأمان والتعامل معهم باحترام وإشباع حاجاتهم وتوقعاتهم.
2. ضرورة أن يرتبط مسعى زيادة وتحسين الإنتاجية والجودة بتحسين أوضاع العاملين وزيادة مهاراتهم وضمن إستراتيجية متكاملة لإدارة الموارد البشرية وبهذا الصدد تقترح الدراسة أن تقوم المستشفيات بتبني سياسات موارد بشرية أو تعيد النظر في السياسات القائمة وذلك من اجل وضع نظام مكافآت يفسح الطريق أمام تبني ثقافة المشاركة في مختلف الفعاليات وبشكل خاص التدريب على برامج جودة الخدمة. وإعطاء الأفراد فرص كافية لاستخدام مهاراتهم

وتزويدهم بالإمكانات اللازمة لتحليل وحل المشكلات، وتقديم المقترحات. والتوسع في استخدام فرق العمل، وتنمية روح الفريق. وتوفير نظم الضمان والسلامة في العمل.

3. ضرورة أن يتوفر لدى إدارة المستشفيات مستوى من التزام الإدارة العليا يتجسد في تعزيز ثقافة الجودة لدى العاملين وتطوير مهاراتهم وتوفير رؤية إستراتيجية واضحة المعالم للمنظمة وأهدافها، من خلال عقد الدورات التدريبية وورش العمل.
4. توصي هذه الدراسة بضرورة التنسيق بين المستشفيات (وجميع المنظمات المستخدمة لنظم الجودة) وذلك من اجل تبادل الخبرات في مختلف قضايا الجودة. والاستفادة من البرامج التدريبية التي تنفذ من قبل بعض هذه المنظمات. وتقييم النتائج المتحققة ومقارنتها واستخلاص المؤشرات المناسبة للحكم على مدى ما تحقق من أهداف أنظمة الجودة سواء على الأصعدة الفنية أو البشرية أو التنظيمية.

5.4 المحددات والدراسات المستقبلية:

قدمت هذه الدراسة عددا من التوصيات الهامة والتي يمكن إيجازها على النحو التالي:

1. اقتصرت هذه الدراسة على عينة من المرضى في المستشفيات العامة والخاصة في عمان، الأمر الذي يصعب معه تعميم النتائج على المجتمع الأردني، حيث أن الشخص الذي يعيش في منطقة ما قد يمتلك توقعات وإدراكات مختلفة تجاه جودة الخدمة مقارنة بشخص يعيش في منطقة أخرى. لذلك لا بد أن تأخذ الدراسات المستقبلية بعين الاعتبار قطاعات مختلفة من المستهلكين تغطي كافة مناطق المملكة من أجل إمكانية تعميم النتائج.
2. أيضا ركزت هذه الدراسة في قياس جودة الخدمة على الأبعاد الخمسة فقط التي قدمها (Parasuraman, et al. 1998) وهي الملموسية والاعتمادية والاستجابة والتعاطف والأمان، إلا أن هناك العديد من المتغيرات الأخرى

التي يمكن أن تكون ذات أهمية في تشكيل جودة الخدمة، مثـل معالجـة الشكاوى وسلوك مقدم الخدمة والقيمة للمريض وثقـة المـريض والـصورة الذهنية للمزود وكلمة الفم المنقولة وغيرها، والتي يجب أخذها بعين الاعتبار في الدراسات المستقبلية.

3. استخدمت هذه الدراسة العينة الملائمة، أو الميسرة، والتي يصعب معها تعميم النتائج، وذلك بسبب عدم توفر إطار للمعاينة يمكن الباحـث مـن اسـتخدام العينات الاحتمالية التي تعتبر أكثر تمثيلا لمجتمع الدراسة، وبالتالي يمكن أن تأخذ الدراسات المستقبلية أنواع أخرى من العينات التي يمكن أن تكون أكثر تمثيلا لمجتمع الدراسة.

4. اقتصرت هذه الدراسة على استقصاء آراء المرضى في المستشفيات العامـة والخاصة ولم تتطرق إلى أخذ آراء مزودو الخـدمات الـصحية فـي هـذه المستشفيات، وبالتالي يمكن أن تأخـذ الدراسـات المـستقبلية آراء مـزودو الخدمات الصحية في هذه المستشفيات بعين الاعتبـار عنـد دراسـة هـذه المتغيرات.

المراجع

أ- المراجع باللغة العربية

أبو حشيش، خليل (2003). نموذج مقترح لقياس وتقويم جودة تكلفة اليوم العلاجي في المستشفيات غير الهادفة للربح. **مجلة البصائر للعلوم الاجتماعية**، جامعة البترا، المجلد (7)، العدد (1)، ص89-150.

أبو خرمة، عماد محمد (2000). إدارة الخدمات الصحية في الأردن : حالة دراسية عن خدمات قسم الأشعة في مستشفى جرش المركزي، **الإداري**، العدد/ 83، ص115-185، الأردن.

الأحمدي، حنان عبد الرحيم (2006). محددات جودة خدمات الخدمة الصحية الأولية دراسة نوعية، **دورية الإدارة العامة**، المجلد (46)، العدد (3)، ص: 505-543.

الأحمدي، حنان عبد الرحيم (2009)، التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، **مجلة الإدارة العامة**، الرياض – المملكة العربية السعودية، المجلد (40)، العدد (3)، ص: 124-136.

إدريس، ثابت عبد الرحمن (2006). **كفاءة وجودة الخدمات اللوجستيه: مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم**، الدار الجامعية، الإسكندرية.

باكير، عامر وخرابشه، عبد (2006). الكفاءة الاقتصادية والعدالة في تقديم الخدمات الصحية في الأردن. **مجلة دراسات، العلوم الإدارية**، المجلد (33)، العدد (2).

البكري، ثامر ياسر (2005). **تسويق الخدمات الصحية**، دار اليازوري العلمية للنشر، عمان، الأردن.

حامد سعيد شعبان (2002). **أثر التسويق الداخلي كمدخل لادارة الموارد البشرية على مستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي بالقاهرة الكبرى**، متوفر عبر، www.faculty.ksa.ed.sal

الحوري، فالح (2008). تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية، دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الخاصة. **البصائر**، المجلد (12)، العدد (1)، ص: 141-182.

خوجة، توفيق (2003). **المدخل في تحسين الجودة للرعاية الصحية الأولية**، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان الأردن.

الدغمي، طلال (2009). **مستوى جودة الخدمات في مستشفى قوى الأمن بمدينة الرياض**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.

ديوب، محمد عباس، وعطية، هاني رمضان (2005). أدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس، **مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية**، المجلد 27، العدد 2،متوفر عبر .www.tishreen.shern.net

الديوجي، أبي سعيد، وعبدالله عادل محمد(2003). النوعية والجودة في الخدمات الصحية/ دراسة تحليلية لآراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة، **مجلة تنمية الرافدين**، المجلد 25، العدد 73، ص65-97.

ذياب، صلاح (2012). قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين. **مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية**، المجلد العشرين، العدد الأول، ص: 69-104.

رشود، عبدالله بن صالح (2008). **قياس جودة الخدمة بالمصارف التجارية السعودية : دراسة مسحية لارآء عملاء مصرف الراجحي بمدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة**. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية.

السامرائي، حفصة عطا الله حسين (2002). **المزيج التسويقي وجودة الخدمة الصعبة وأثرهما في تحقيق رضا المرضى، دراسة على مجموعة من المستشفيات الحكومية الخاصة في مدينة بغداد**. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد،جامعة بغداد.

سعد، خالد (2004). **الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الـصحي**، دار وائـل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

السعدي، فراس طالب(2007). **نموذج لتطوير القطاع الصحي دراسـة تطبيقيـة.** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بغداد.

السعيدي، أحمد (2007). **تقييم فاعلية نظام جودة الخدمات الصحية في مستـشفى الجهراء في الكويت.** رسالة ماجستير غير منشورة، في جامعة عمان العربيـة للدراسات العليا، الأردن.

الشميري، أحمد بن عبد الرحمن (2001). جودة الخدمات البريديـة فـي المملكـة العربية السعودية، **مجلة الإدارة العامة**، الرياض – المملكة العربية السعودية، م (41)، ع (2)، ص: 268-293.

الضمور، هاني (2008). **تسويق الخدمات**، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

الضمور، هاني وبوقجاني، جناة (2012). أثر جودة الخدمة الصحية فـي درجـة ولاء المرضى في منتشفى الجامعة الأردنية، دراسة حالـة، **مؤتـة للبحـوث والدراسات سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية**، المجلد (27)، العـدد (3)، ص: 69-122.

عاشور، يوسف والعبادلة، طلال (2007). قياس جودة الخـدمات التعليميـة فـي الدراسات العليا: حالة برنامج MBA في الجامعة الإسلامية بغزة، **مجلة جامعة الأقصى**، المجلد (40)، العدد (3)، ص: 102-122.

عبد الرحمن، مجدي (2001). **دور إدارة الجودة الكلية في زيـادة فاعليـة إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستـشفيات.** أطروحـة دكتوراه غير منشورة، كلية التجارة، جامعة القاهرة، مصر.

عبود، علي (2009). تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي، **مجلة القادسية للعلوم الإداريـة والاجتماعيـة**، المجلـد (11)، العـدد (3)، ص:2-26.

العسالي، محمد أديب (2006). واقع ومتطلبات تطوير الواقع الـصحي، **المـؤتمر الوطني للبحث العلمي والتطوير الثقافي**، دمشق، سوريا.

العلاق، بشير؛ وعباس، محمود (2006). **قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المرضى كمؤشر على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمية " حالة المختبرات الطبية ومراكز الأشعة في الأردن**. المنظمة العربية للتنمية الإدارية: التحديات المعاصرة للإدارة العربية " القيادة الإبداعية.

علوان، قاسم؛ وأبو بكر، فتحيه محمد (2008). قياس وتقويم جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الليبية. **مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية**، جامعة قاريونس، العدد (112)، ص: 77-103.

العلي، عبد الستار (2008). **تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، عمان، الأردن.

عليوة، السيد (2000). **إدارة الأزمات في المستشفيات**. ط1، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

العنزي، فهد مشهور (2007). **اتجاهات العاملين والمرضى لجودة الخدمة المدركة في شركة الاتصالات السعودية في المنطقة الشمالية (تبوك)**، رسالة ماجستير غير منشورة. الأردن، جامعة مؤتة.

عواد، عبد الكريم (2009). رضا المنتفعين من خدمات القطاع الصحي الرسمي في محافظة معان. **مجلة مؤتة للبحوث والدراسات**، المجلد (24)، العدد (1).

غنيم، أحمد (2006). **إدارة المستشفيات رؤية معاصر**، مصر، المنصورة: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.

محمود، أحمد، والعلاق، بشير (2001). العلاقة المنطقية بين جودة الخدمة بالإدراك ورضا المريض (دراسة تحليلية)، **مجلة أربد للبحوث والدراسات**، المجلد (3)، العدد (2).

مخيمر، عبد العزيز؛ والطعامنه، محمد (2003). **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات**، القاهرة – جمهورية مصر العربية، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية (بحوث ودراسات)، 2003.

نصيرات، فريد توفيق (2008). **إدارة المستشفيات**، الطبعة الأولى، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، متوفر عبر. www.Kirfc.com

نياز، عبد العزيز (2004). **جهود الرعاية الصحية: الأسس والنظريـــة والتطبيـــق العملي**، الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.

ياسين، محمود؛ وتسوشري، انـــدروج؛ وجينغـــز، يـــورك؛ وكريـــستوفر، دونـــال (2001). إدارة الجهد المتعلق بالجودة في بيئية الرعايـــة الـــصحية، ترجمـــة طلال الأحمدي، **مجلة الإدارة العامة**، المجلد (41)، العدد (3).

ب- المراجع باللغة الانجليزية:

Brown A.Janet (2005). **The health care quality handbook**. J.B., Quality Solutions Pasadena. USA.

Chang, Ch , (2008), A Review of Service Quality in Corporate and Recreational Sport : Fitness Programs , **The sport Journal** ,Vol:5,No.3.

Cronin, J.J. Jr. And Taylor, S.A. (1994), "SERVPERF vs SERVQUAL: Reconciling Performances Based Perception-Minus-Expectations Measurement of Service uality", **Journal of Marketing**, Vol.58, pp125-131.

Evans , James R., & Collier David A.(2007). **Operations Management , Thomson South Western** , Boston, 2007.Hill co., p. (173 – 181).

Fotter, M (2006). Comparing Hospital Staff and Patient Perceptions of Customer Service: A polite Study Utilizing Survey and Focus Group data. **Health Services Management Research** , 19(1), pp: 42-66.

Glenn, M (2007). **The impact of public expenditures on health care on total health expenditures: An exploratory analysis of selected OECD countries**. University Of South California, Abstract Dissertation International AAT: 3291868.

Horng, C& Huarng, F(2009). TQM adoption by hospitals in Taiwan, **Francis Group**, (13) 4. pp: 441-463.

Kelly, D(2010). **Using the Baldrige criteria for improving performance in public health**. (Dr.P.H. Dissertation). United Sates, North Carolina: The University of North Carolina at Chapel Hill

Kotler , Philip & Armstrong Gory , (1994). **Marketing Management Analysis , planning , Implementation and Control** , Hall Engle wood cliffs , New Jersy.

Mosadegh Rad,(2005). A survey of Total quality management in Iran: Barriers to successful implementation in health care organizations, **Emerald Group Publishing Limited**,Vol.,18 Issue,3,pp12-34, available on: www.emeraldinsight.com/095 retrieved on 20/11/2006

Nakijima , Hiroshi , (1997). Better Health: Through better life of Recourses , World Health , **The Magazine of (WHO)**, 50th year , No. 5,9-10.

Osman, A (2005). **in enhancing performance through new public management: The role of ISO 9001 certification**. North Carolina State University, Abstract Dissertation International AAT: 3223188.

Palmer, A., (1999),'' **Principles of Services Marketing**, Maidenhead, McGraw-Hill.

Parasumann, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1985) Conceptual Model of Service Qualityand Its implications for Future Research, **Journal of marketing**, 49(1).

Powell, C (2008). **Developing and implementing quality programs in in healthcare organizations**, . (Dr.P.H. Dissertation). United Sates. Michigan: Wayne Sate University.

Shaikh B.T., & Rabbani ,(2005). Health Management Information System : A tool to gauge patient satisfaction & Quality of Care, **Eastem Mediterranean Health**, VOL.11,No. 1-2.

Shaikh, Baber T.(2002), Quality of Health Care : An absolute for Patient Satifaction, **Journal of View Point**, Vol.55, No.11. available on: www.Jpma.org.pk

Shao-Jen, W(2008). **A framework for efficient resource allocation in healthcare.** Arizona Sate University, Abstract Dissertation International AAT: 339588.

Slack , Nigel & Chambers ,(2004). **Stuart & Johnston, Robent, Operations Management** ,4th.ed ., Prentice –Hill, New York.

ملحق (أ)

الاستبانة بالصورة النهائية

الإستبانه

عزيزي ، عزيزتي / المبحوثة ...

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثة بإجراء دراسة ميدانية بعنوان " قياس الفجوة في جودة الخدمات الصحية- دراســة مقارنــة بــين القطاعين العام والخاص- في مدينة عمان". يطيب لي أن أضع نسخة من الإستبانه بين أيديكم، وآمل باقتطاع جزء من وقتكم وتعبئة الإستبانه المتضمنة عـــــدد من الأسئلة (عبارات) بموضوعيه . فيرجى منكم قراءة كل عبارة من العبارات بتمعن ، واختيار الإجابة التي تعكس الواقع فعلياً ، دون حاجة لذكر الاسم أو ما يشير إلـــى الشخصية ، وستعامل البيانات والمعلومات التي تعطونها بمنتهى السرية ولأغراض البحث العلمي.

الباحثة

منى الخرشه

الجزء الأول : المعلومات الديموغرافية

يرجى وضع دائرة حول رمز الإجابة المناسبة لكل عبارة من العبارات التالية:

أ- النوع الاجتماعي:	1- ذكر.	2-أنثى.
ب- العمر:	1- أقل من 30 سنة.	2- من 30 سنة إلى 39 سنة.
	3- من 40 سنة الى 49 سنة.	4- 50 سنة فأكثر.
ج- المؤهل العلمي:	1- ثانوية عامة فأقل	2- دبلوم متوسط فأقل.
	3-. بكالوريوس	4- دراسات عليا
د- مستوى الدخل الشهري:	1- أقل من 500 دينار.	2- من 500 الى 700 دينار.
	3- أكثر من 700 دينار.	
هـ- التأمين الصحي:	1- مؤمن.	2- مؤمن جزئي.
	3- غير مؤمن.	
و- المستشفى:	1- قطاع عام.	2- قطاع خاص

الجزء الثاني : قياس الخدمات المتوقعة.

الفقرات	موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة
يجب أن يتوفر في المستشفى تجهيزات ومعدات حديثة ومتطورة تسهل استخدام المرافق المختلفة .	5	4	3	2	1
يجب أن يعتني موظفو المستشفى بمظهرهم وهندامهم .	5	4	3	2	1
يجب أن يوفر المستشفى بروشورات ولوحات إرشادية وإلكترونية واضحة لتسهيل خدمة المرضى داخل المستشفى .	5	4	3	2	1
يجب أن يتميز المبنى الخارجي للمستشفى بالجاذبية والحداثة .	5	4	3	2	1
يجب أن يقدم المستشفى خدمات دقيقة وخالية من الأخطاء تقريباً .	5	4	3	2	1
يجب أن يقدم المستشفى خدمات الغرف للمرضى بالمواعيد المحددة .	5	4	3	2	1
يجب أن تفي إدارة المستشفى بتعهداتها للمرضى .	5	4	3	2	1
يجب أن تتوفر لإدارة المستشفى وموظفيه إمكانية الاعتماد عليهم في أداء الخدمة الصحية.	5	4	3	2	1
يجب أن تلتزم إدارة المستشفى وموظفيه بحل المشكلات التي تواجه المرضى	5	4	3	2	1
يجب أن يقدم المستشفى خدمات سريعة وفورية للمرضى .	5	4	3	2	1
يجب أن يهتم الموظفون بالمستشفى باحتياجات المرضى و يسعون لتحقيقها مهما كانت درجة انشغالهم.	5	4	3	2	1
يجب أن يكون لدى الموظفين في المستشفى الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى .	5	4	3	2	1
يجب أن يقوم الموظفون في المستشفى بالرد الفوري على جميع استفسارات وشكاوى ومقترحات المرضى .	5	4	3	2	1
يجب أن يتوفر لدى المستشفى العدد الكافي من الموظفين لخدمة المرضى .	5	4	3	2	1
الثقة والأمان أمور ضرورية عند التعامل مع موظفي المستشفى .	5	4	3	2	1
يجب أن يتوفر لدى الموظفين المعرفة والمهارة المتخصصة .	5	4	3	2	1
يجب أن يوفر المستشفى أجهزة وإجراءات أمنية لحماية مقتنيات المرضى .	5	4	3	2	1
يجب أن يتصف الموظفون في المستشفى بالأدب وحسن الخلق وحسن المعاملة .	5	4	3	2	1
يجب أن تكون التقارير والفواتير الصادرة من المستشفى للمريض مقابل الخدمة المقدمة دقيقة وصحيحة .	5	4	3	2	1
يجب أن تُشعر إدارة المستشفى المرضى بالرعاية والاهتمام الشخصي بهم .	5	4	3	2	1
يجب أن يتفهم الموظفون في المستشفى احتياجات المرضى بصورة جيدة ويقدرون ظروفهم.	5	4	3	2	1
يجب أن يجعل الموظفون في المستشفى خدمة المرضى من أهم أولوياتهم .	5	4	3	2	1
يجب أن يتصف الموظفون في المستشفى بالود والروح المرحة في تعاملهم مع المرضى .	5	4	3	2	1

الجزء الثالث : قياس الخدمات المدركة.

غير موافق بشدة	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة	الفقرات
1	2	3	4	5	يتوفر في المستشفى تجهيزات ومعدات حديثة ومتطورة تسهل استخدام المرافق المختلفة.
1	2	3	4	5	يعتني موظفو المستشفى بمظهرهم وهندامهم .
1	2	3	4	5	يتوفر في المستشفى بروشورات ولوحات إرشادية وإلكترونية واضحة لتسهيل خدمة المرضى داخل المستشفى.
1	2	3	4	5	يتميز المبنى الخارجي للمستشفى بالجاذبية والحداثة .
1	2	3	4	5	يقدم المستشفى خدمات دقيقة وخالية من الأخطاء تقريباً .
1	2	3	4	5	يقدم المستشفى لي خدمات الغرف بالمواعيد المحددة .
1	2	3	4	5	عند تعهد إدارة المستشفى بتقديم خدمة للمرضى تفي بذلك .
1	2	3	4	5	إن إدارة المستشفى وموظفيه يمكن الاعتماد عليهم في أداء الخدمات الصحية.
1	2	3	4	5	يتميز موظفو المستشفى بقدرتهم على حل مشاكل المرضى .
1	2	3	4	5	يقدم المستشفى خدمات سريعة وفورية للمرضى.
1	2	3	4	5	يهتم الموظفون بالمستشفى باحتياجات المرضى و يسعون لتحقيقها مهما كانت درجة انشغالهم.
1	2	3	4	5	يتوافر لدى الموظفين في المستشفى الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى.
1	2	3	4	5	يقوم الموظفون في المستشفى بالرد الفوري على جميع استفسارات وشكاوى ومقترحات المرضى.
1	2	3	4	5	يتوافر لدى المستشفى العدد الكافي من الموظفين لخدمة المرضى.
1	2	3	4	5	أشعر بالثقة والأمان أثناء تعاملي مع موظفين المستشفى .
1	2	3	4	5	يتوافر لدى الموظفين في المستشفى المعرفة والمهارة المتخصصة .
1	2	3	4	5	يتوفر لدى المستشفى أجهزة إجراءات أمنية لحماية مقتنيات المرضى.
1	2	3	4	5	يتصف الموظفون في المستشفى بالأدب وحسن الخلق وحسن المعاملة .
1	2	3	4	5	يشعر النزيل بدقة التقارير والفواتير الصادرة له مقابل الخدمة المقدمة .
1	2	3	4	5	يتم تقديم العناية الشخصية لكل مريض بغض النظر عن العلاقات الشخصية .
1	2	3	4	5	يتفهم الموظفون في المستشفى احتياجات المرضى بصورة جيدة ويقدرون ظروفهم .
1	2	3	4	5	يعتبر الموظفون في المستشفى أن خدمة المرضى من أهم أولوياتهم .
1	2	3	4	5	يتصف الموظفون في المستشفى بالود والروح المرحة في تعاملهم مع المرضى.

ملحق (ب)

اسماء السادة المحكمين

السادة المحكمين

التسلسل	الاسم
1	الدكتور مدحت الطراونة
2	الدكتور محمد المحاسنة
3	الدكتورة فيروز الضمور
4	الدكتور أسعد العلي
5	الدكتور رائد العضايلة
6	الدكتور سامر المحمد
7	الدكتور أيمن القطاونة
8	الدكتور أمين البشابشة
9	الدكتور عادل سلوم
10	الدكتور مالك المجالي

المعلومات الشخصية

الاسم: منى عوض الخرشة

الكلية: إدارة الأعمال

التخصص: ماجستير إدارة الأعمال (MBA)

السنة: 2013

البريد الإلكتروني: muna.november@yahoo.com